

D.W. Winnicott

NATUREZA HUMANA

923.2

Universidade Estadual de Londrina
Sistema de Bibliotecas



0000014336



D. W. WINNICOTT

NATUREZA HUMANA

(Série Analytica)

Direção de
JAYME SALOMÃO

Tradução de
DAVI LITMAN BOGOMOLETZ



IMAGO EDITORA
— Rio de Janeiro —

CIP — Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

W742n Winnicott, D.W. (Donald Woods), 1896-1971
Natureza humana / D. W. Winnicott; tradução de Davi
Litman Bogomoletz. — Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

(Série Analytica)

Tradução de: Human nature.
Apêndice
Bibliografia
Índice
ISBN 85-312-0091-1

1. Personalidade. I. Título. II. Série.

89-01007

CDD — 155.25
CDU — 159.923



159.923.2
W7762
ex. 1
146.903
01/02/01
Liv. Curitiba
8.269/00
19.22 Data.: 08/10/04
ntro CCB Dept.º FPP
Copyright © The
By arrangement with Mark Paterson
Universidade Estadual de Londrina
Sistema de Bibliotecas
0000014336

Winnicott, D.W. (Donald Woods), 1896-1971.

Revisão: Pedrina Ferreira Faria
Capa: Eduardo Muniz de Carvalho

Direitos adquiridos por IMAGO EDITORA LTDA.
Rua Santos Rodrigues, 201-A – Estácio
CEP 20250 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: 293-1092

Todos os direitos de reprodução, divulgação e tradução são reservados.
Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida por fotocópia,
microfilme ou outro processo fotomecânico.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

SUMÁRIO

Nota introdutória à tradução, 9

Prefácio, 15

Nota dos editores, 17

Agradecimento, 19

INTRODUÇÃO, 21

PARTE I ESTUDANDO A CRIANÇA HUMANA: SOMA, PSIQUE, MENTE

INTRODUÇÃO, 25

Capítulo 1 O PSICOSSOMA E A MENTE, 29

Saúde Física, 29

Saúde Psíquica, 30

O Intelecto e a Saúde, 30

2 A DOENÇA, 33

Doenças Somáticas, 33

Doenças da Psique, 34

3 O RELACIONAMENTO ENTRE DOENÇA FÍSICA E DISTÚRPIO PSICOLÓGICO, 37

Efeitos do Corpo e sua Saúde sobre a Psique, 37

Hereditariedade, 37

Defeitos Congênitos, 38

Distúrbios da Ingestão, 39

Problemas da Excreção, 40

Acidentes, 41

Uma Categoria para o (ainda) Desconhecido, 41
Alergia, 42

*Efeitos da Psique sobre o Corpo
e seu Funcionamento*, 43

4 O CAMPO PSICOSSOMÁTICO, 44

PARTE II O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO SER HUMANO

INTRODUÇÃO, 51

Capítulo 1 RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS, 54
Primeira Parte da Exposição, 54

A Família, 57

Instintos, 57

Relacionamentos Amorosos, 66

2 O CONCEITO DE SAÚDE A PARTIR DA
TEORIA DOS INSTINTOS, 69

Elaboração Imaginativa da Função, 69

A Psique, 70

A Alma, 70

Estados Tranquilos e Excitados, 72

O Complexo de Édipo, 73

Reenunciado, 74

A Sexualidade Infantil, 76

Realidade e Fantasia, 77

O Inconsciente, 78

Sumário, 80

Mapa da Psicologia do Menino em

Termos da Teoria dos Instintos, 81

Defesas contra a Ansiedade – Ameaça de Castração, 82

Colapso das Defesas, 82

PARTE III ESTABELECIMENTO DO STATUS DE UNIDADE

INTRODUÇÃO: Desenvolvimento Emocional
Característico da Primeira Infância, 87

Capítulo 1 A POSIÇÃO DEPRESSIVA, 89
Concern, Culpa e Realidade Psíquica Pessoal Interna, 89

A Posição Depressiva: Recapitulação, 98

Reconsiderando a Repressão, 100

Lidando com Forças e Objetos Maus, 101

Riqueza Interna e Complexidade, 103

2 DESENVOLVIMENTO DO TEMA DO MUNDO INTERNO, 104
Introdução, 104

O Modo de Vida Paranóide, 104

Depressão e a “Posição Depressiva”, 105

A Defesa Maníaca, 107

3 DIFERENTES TIPOS DE MATERIAL PSICOTERÁPICO, 109

4 ANSIEDADE HIPOCONDRIACA, 115

PARTE IV DA TEORIA DO INSTINTO À TEORIA DO EGO

INTRODUÇÃO: Desenvolvimento Emocional Primitivo, 119

Capítulo 1 ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO COM A
REALIDADE EXTERNA, 120

Relacionamento Excitado e

Relacionamento Tranquilo, 120

O Valor da Ilusão e os Estados Transicionais, 126

O Fracasso do Contato Inicial, 127

Criatividade Primária, 130

A Importância da Mãe, 132

O Bebê ao Nascer, 133

A Filosofia do “Real”, 134

- 2 INTEGRAÇÃO, 136
- 3 LOCALIZAÇÃO DA PSIQUE NO CORPO, 143
Experiência Corporal, 143
Paranóia e Ingenuidade, 145
- 4 OS ESTADOS INICIAIS, 147
Diagrama do Conjunto Ambiente-Indivíduo, 147
Efeito da Gravidade, 151
- 5 UM ESTADO PRIMÁRIO DO SER:
OS ESTÁGIOS PRÉ-PRIMITIVOS, 153
- 6 CAOS, 157
- 7 A FUNÇÃO INTELECTUAL, 161
- 8 RETRAIMENTO E REGRESSÃO, 163
- 9 A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO, 165
- 10 O AMBIENTE, 173
- 11 RECONSIDERANDO A QUESTÃO PSICOSSOMÁTICA, 181
Asma, 181
Úlcera Gástrica, 183

APÊNDICE, 187
Sinopse I, 187
Sinopse II, 190

Bibliografia, 193
Índice, 195

NOTA INTRODUTÓRIA À TRADUÇÃO

É espantosa a coerência interna dos textos de Winnicott, esse homem tão avesso à sistematização e aos procedimentos rigidamente acadêmicos. Mas traduzi-lo foi uma aventura que, além de fascinante, nem um pouco teve de confortável.

Motivos não faltaram. O mais conhecido de todos: alguns dos principais termos empregados por Winnicott, algumas das colunas mestras do seu pensamento, são palavras da língua inglesa sem correspondente preciso em português. Aqueles que, há trinta anos atrás, deram tratos à bola tentando traduzir "insight" sabem do que estou falando. Por fim os tradutores desistiram e ficou insight mesmo, às vezes em negrito ou itálico, às vezes nem isso: uma palavra inglesa importada (por falta de similar nacional, como se diz hoje no mundo da informática, onde esse mesmo fenômeno ocorre todos os dias).

Palavras como *concern*, *ruthlessness*, *holding*, *timing*, por exemplo, fazem os tradutores tremerem ante as duas saídas inglórias: trair o autor, traduzindo mal o seu pensamento, ou trair o leitor, deixando a palavra no original e a tradução incompleta. Uma coisa é certa: da condição de traidores não escapamos.

Como psicanalista "winnicottiano", cansei de brigar contra os termos até agora utilizados pelos outros tradutores de Winnicott, encontrando em cada palavra "nacional" a parte da idéia inglesa mal traduzida ou deixada de lado. Minha sorte, porém, não foi melhor: algumas dificuldades revelaram-se (para mim) incontornáveis.

Winnicott escreveu este livro no inglês mais simples e cotidiano. Outros textos dele não são tão pouco eruditos quanto este. Mas neste, o mais difícil não foi decifrar as expressões inglesas desconhecidas: foi traduzir palavras e expressões absolutamente banais em inglês de modo que, em português, o texto não soasse vulgar. É uma questão de usos e costumes: em português "não se usa", para escrever livros técnicos, coisas que em inglês são perfeitamente admissíveis. Por um lado, não era legítimo "elevar" o nível da linguagem, pois seria novamente uma

traição ao autor, e por outro lado, não me foi possível admitir certas traduções literais, que certamente pareceriam ao leitor brasileiro erros de tradução ou absurdos no texto original. Fiz o que pude para fugir aos dois extremos, mas sei que falhei: o texto em inglês é muito mais coloquial do que este que aí está! Sinto muito.

O termo *CONCERN*, por exemplo. Sua origem é latina. O verbo *CERNO*, *is, crevi, cretum, ere* (*CERNERE*, no infinitivo), segundo o Dicionário Latino Vernáculo de Marques Leite e Novaes Jordão e o Dicionário Latino-Português de Cretella Júnior e Ulhôa Menezes, significava para Plínio “apartar, joeirar, separar”; para Virgílio, “ver, olhar”, e para Cícero, “entender, julgar, deliberar”. A raiz é grega, *KRINO*, “julgo”. Já *CONCERNÔ*, *is, crevi, cretum, ere* (*CONCERNERE*, no infinitivo), era empregado por Cícero no sentido de “ver claramente”. O Dicionário Macmillan diz que *CONCERN* vem do latim medieval *CONCERNERE*, “relacionar-se a”, que provém do latim tardio *CONCERNERE*, “misturar”, que por sua vez se origina no latim clássico *CON* “junto” + *CERNERE* “peneirar, ver”.

A palavra, portanto, tem dois sentidos originais básicos: *peneirar* (separar uma substância de outra) e *ver*. (A idéia de *DIS-CERNIR* faz uma ponte entre os dois sentidos.)

Na língua inglesa, os sentidos de *CONCERN* dados pelo Dicionário Macmillan são: 1 – Relacionar-se a, ser de interesse de; 2 – preocupar, causar problemas; 3 – envolver ou ocupar. Na forma reflexiva: 1 – aquilo que se relaciona, que afeta; 2 – solicitude, preocupação, ansiedade. O dicionário remete ao termo correlato *CARE*, enfatizando o sentido de *CONCERN* como *envolvimento, interesse por*, enquanto *CARE* teria maior proximidade com a idéia de *cuidar, cuidados*.

Por tudo isto, a palavra *PREOCUPAÇÃO*, tão utilizada pelos diversos tradutores, embora não erre o alvo, não me parece cobrir inteiramente as acepções do termo *CONCERN*. Não pude encontrar uma palavra em português que reproduzisse fielmente as diversas intenções do original. Preferi manter *CONCERN*, na esperança de que o leitor faça a sua parte e fique tão *CONCERNED* sobre o termo *CONCERN* quanto este exige.

Um outro termo chave winnicottiano, *RUTHLESSNESS*, apresenta dificuldade quase idêntica. A palavra provém de *RUTH*, cuja raiz nórdica *HRYGHT* é traduzível por “aflição, pesar”. *RUTH* significa: 1 – “compaixão, pena”, e 2 – “sofrimento, remorso”. (Por uma estranha coincidência, a figura bíblica de Ruth possui as mesmas características

de personalidade que fazem o sentido da palavra inglesa, a ponto de ter me parecido, inicialmente, que havia uma ligação entre essa palavra e o nome da personagem bíblica. O dicionário, porém, desmente essa hipótese.)

Por essas significações, o termo *RUTHFUL* é um sinônimo quase perfeito para *CONCERNED*. *RUTHLESS* seria, então, o seu antônimo. A palavra *crueidade*, freqüentemente utilizada para traduzir o substantivo *RUTHLESSNESS*, “a qualidade daquele destituído de compaixão ou remorso”, não me parece apropriada, a não ser no sentido original, proveniente da idéia de *crueza*, aquilo que existe em estado bruto. No sentido que normalmente damos a esta palavra em português, ela possui uma conotação hostil, indicando a atitude ou a disposição de fazer mal. Tal sentido não existe necessariamente na palavra inglesa, de modo que os mais preocupados com a precisão sugerem o adjetivo *impiedoso* para traduzir o correspondente *RUTHLESS*, com a desvantagem de o substantivo *impiedade* ser muito pouco usado em português, além de possuir uma ressonância religiosa inteiramente ausente da palavra inglesa. Além do mais, a partícula *LESS* possui o sentido de *ausência de*, e não de *oposto a*, de modo que traduzir qualquer palavra terminada em *LESS* por outra que implique no oposto do vocábulo em questão é, no mínimo, impreciso. Por isso, a mim ocorreu que *IMPLACABILIDADE* e *IMPLACÁVEL*, designando a atitude daquele que não se deixa deter em seus propósitos por nenhum tipo de consideração, talvez fosse uma alternativa mais útil. Mas optei por manter também este termo intraduzido. Os dois termos de Winnicott têm um sentido próprio impossível de conter numa única e inevitável palavra da língua portuguesa. Não me pareceu correto, por isso, permitir que uma tradução aproximada levasse o leitor a entender mal as intenções precisas do autor.

Em inglês, existem várias palavras que descrevem com precisão as diversas faixas etárias do ser humano quando muito jovem. Assim, há o termo conhecido *CHILDHOOD*, “infância”. Já *CHILD* significa “criança”. Mas o termo *INFANCY* não significa “infância” e sim “a idade do bebê”. *INFANT*, então, quer dizer “bebê” (do latim *IN* + *FANS* – aquele que não fala). Assim, traduzi *INFANT* por *bebê* (rejeitei o termo *lactente*, pois não condiz com a linguagem tão informal de Winnicott) e *INFANCY* por *primeira infância*. Há ainda o termo *TODDLER*, para indicar o bebê que aprende a andar, e que não pude traduzir por uma única palavra.

O termo *HOLDING*, um gerúndio que aqui funciona como substantivo, de abundante presença na obra dos psicanalistas da Escola Inglesa, às vezes tem que ser traduzido pelo popular “levar ao colo”, às vezes por “segurar” (o bebê). Já *TIMING* implica em “medida de tempo”, “percepção do momento certo”, “sincronização adequada”. Mas são termos já de uso corrente entre os psicanalistas, que não haveria porque traduzir. O termo inglês *SELF* está, ele também, tão popularizado entre os psicanalistas brasileiros, e tantas vezes, ao longo de um texto winnicottiano, ele difere sutilmente do termo *eu*, já que há nele uma dimensão inconsciente que não existe na palavra *eu*, que considerei mais apropriado utilizar diretamente *SELF*.

Um termo de grande importância na obra de Winnicott é *DEPRIVATION*. É aparentado à palavra *PRIVATION*, *privação*, mas difere dela num aspecto essencial: enquanto esta última implica numa situação de falta, de privação, de carência total, a primeira designa uma situação específica, em que algo ou alguém até então possuído, tido, com o que ou quem uma criança contava, lhe é retirado de modo súbito. Winnicott considerava a *DEPRIVATION* a origem da tendência anti-social. O neologismo *deprivação* está incorporado à linguagem técnica psicanalítica brasileira, no contexto winnicottiano.

Uma grande controvérsia haverá, certamente, em torno da palavra *INSTINCT*, que eu preferi traduzir pelo questionado termo *instinto*, e não pelo mais correto *pulsão*. Isto porque *PULSÃO* é a palavra adequada para traduzir o termo freudiano *TRIEB*, mas o tradutor oficial da obra de Freud para o inglês, James Strachey, com a concordância expressa de Freud, preferiu *INSTINCT* à palavra mais direta *DRIVE*. As razões por ele alegadas estão nas “Notas Sobre Alguns Termos Técnicos Cujas Tradução Requer Explicação”, no Vol. I da Edição *Standard* Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Meu ponto de vista para traduzir *INSTINCT* por *instinto* e não por *pulsão* foi o de que, primeiro, o texto de Winnicott está em inglês e não em alemão, e segundo, à época em que Winnicott faleceu (1972), ele ainda continuava revisando o seu manuscrito, iniciado em 1954, e manteve o termo *INSTINCT* intocado. Ao leitor cabe a tarefa de trazer em mente que o sentido correto da palavra “instinto” no contexto da psicanálise britânica é bem diverso daquele que ela tem em outros contextos (o zoológico, por exemplo). Não me agrada criar mais este desconforto ao leitor, mas acredito que quem buscava simplicidade não iria procurá-la no interior da literatura psicanalítica.

Cabe-me registrar uma imensa gratidão aos que contribuíram para

facilitar o meu trabalho. A Edson Soares Lannes, Carlos Alberto Lannes e Miriam Podlubny, pelas sugestões que em muito melhoraram a precisão e a fluência do texto. A Sonia e Mara, por um estafante trabalho braçal. E a Vera Besouchet Pinheiro, por haver revisto toda a tradução em sua primeira fase, localizando e corrigindo um número enorme de erros.

Rio de Janeiro, Outubro de 1989
Davi Litman Bogomoletz

PREFÁCIO

Por Clare Winnicott

Em 1936 Donald Winnicott foi convidado por Susan Isaacs para ensinar Crescimento e Desenvolvimento Humano para professores de primeiro grau, num curso avançado na Universidade de Londres. Em 1954, quando este livro foi iniciado, ele vinha ensinando também a estudantes de Assistência Social na Universidade desde 1947. Estas oportunidades de ensinar regularmente, que prosseguiram até sua morte em 1971, eram muito valorizadas por Winnicott porque lhe forneciam um estímulo constante para clarear suas próprias idéias, e para modificá-las à luz de sua interação com os estudantes e de suas próprias experiências. Seria possível dizer que suas atividades docentes fizeram parte integrante de seu próprio desenvolvimento, e ele sentia uma profunda gratidão por Susan Isaacs, cuja confiança proporcionou-lhe a primeira oportunidade para uma atividade deste tipo.

Winnicott criou seu próprio método para comunicar o material de suas aulas, e ano após ano os estudantes acabavam desistindo de tomar notas, envolvendo-se com ele num processo de verdadeiro crescimento e desenvolvimento. Suas aulas podiam ser informais e parecer pouco estruturadas, mas se baseavam num núcleo central de conhecimentos integrados e num esquema cuidadosamente traçado das etapas do desenvolvimento humano, que os estudantes podiam compreender. Os diagramas rapidamente construídos no quadro negro serão sempre lembrados por todos os que assistiam às suas aulas como um aspecto essencial de seu modo de se comunicar.

O propósito original deste livro foi o de fornecer as anotações que os estudantes não conseguiram fazer, e colocá-las à disposição de todos os estudiosos da natureza humana.

Em sua primeira versão, o livro foi iniciado e concluído no verão de 1954, num período de tempo comparativamente curto. Desde então até o momento da sua morte, Winnicott não cessou de revê-lo e revisá-lo.

NOTA DOS EDITORES

PLANO DO LIVRO

Winnicott preparou duas sinopses de seu livro sobre a Natureza Humana. A primeira é datada de Agosto de 1954, época em que, como sabemos por Clare Winnicott, a maior parte do livro foi escrita. A segunda foi realizada por volta de 1967. Ambas estão reproduzidas num Apêndice ao final deste volume.

O livro segue as três primeiras partes da 1ª sinopse de modo bastante fiel, ainda que a ordem dos assuntos tenha sido ligeiramente modificada. Por exemplo, a proposta de uma seção sobre "Estudo de Sequências", que incluiria a fantasia, a realidade interna e o sonho, não se materializou de acordo com os planos, tanto quanto a seção sobre "Objetos e Fenômenos Transicionais", provavelmente porque estes temas já haviam sido abordados em capítulos anteriores. Pode-se ver na 1ª sinopse que Winnicott planejava, originalmente, incluir duas outras partes, com capítulos sobre a tendência anti-social e os vários estágios do desenvolvimento da latência à maturidade, que no entanto nunca foram escritos. Há evidências, mesmo assim, de que Winnicott pretendia iniciar a parte seguinte com um ensaio intitulado "Pesquisa Sobre a Delinquência", que havia sido publicado em 1943 na revista "New Era in Home and School".

A 2ª sinopse pode ter sido planejada como um guia para a revisão do livro. Nota-se que as Partes 1ª e 3ª, em sua forma definitiva, estão sumarizadas nessa sinopse de forma bastante precisa, mas parece que Winnicott pretendia reduzir a 2ª Parte (que trata de Relacionamentos Interpessoais e da Teoria do Instinto); e dos oito capítulos que constam da 4ª Parte, apenas aquele sobre o "Ambiente" está ali listado.

TÍTULOS

Os títulos de cada uma das Partes, Capítulos e Seções que constam do presente volume são praticamente os mesmos encontrados no texto datilografado. Nos poucos lugares onde acrescentamos o título de alguma seção, com vistas à consistência do texto, as sinopses foram consultadas.

O TEXTO

Manteve-se o texto exatamente como foi encontrado. As correções manuscritas feitas por Winnicott ou por Joyce Coles, sua secretária, foram incorporadas ao texto. Nos poucos lugares onde acrescentamos palavras ou letras, nós as colocamos entre parênteses quadrados. Notas de rodapé ou partes das mesmas acrescentadas por nós também aparecem entre parênteses quadrados.

NOTAS PARA REVISÃO

Várias notas manuscritas foram deixadas junto ao texto datilografado, indicando onde e como Winnicott pretendia revisar certos trechos do livro. A maioria delas estava escrita em pequenos pedaços de papel com o número da página à qual elas se referiam. Mas em alguns casos as notas foram escritas na margem do texto. Todas estas notas foram incluídas, na forma de notas de rodapé nos lugares onde a revisão seria realizada.

Christopher Bollas
Madeleine Davis
Ray Shepherd

AGRADECIMENTO

Somos gratos pela possibilidade de utilizar o trabalho realizado por Judith Issroff sobre detalhes bibliográficos e sobre o índice.

INTRODUÇÃO

Minha tarefa é o estudo da natureza humana.

No momento em que começo a escrever este livro, percebo-me mais do que consciente da vastidão do empreendimento. A natureza humana é quase tudo o que possuímos.

Apesar de saber disso, pretendo ainda assim ater-me a esse título, e fazer sobre a natureza humana uma exposição capaz de aglutinar as diversas experiências que vivi: o que aprendi de meus professores e em minhas vivências clínicas. Desta maneira, eu talvez consiga um descrição pessoal – e portanto compreensivelmente limitada – de um tema que em si mesmo não conhece limites.

Para um médico é bem mais fácil, e também mais comum, escrever sobre a doença. Através do estudo da doença, chega-se ao conhecimento de muitas coisas importantes a respeito da saúde. Mas a noção médica de que a saúde é uma relativa ausência de doenças não é suficientemente boa. A palavra saúde possui seu próprio significado positivo, fazendo com que a ausência de doenças não seja mais que o ponto de partida para uma vida saudável.

O leitor ao qual me dirijo é um estudante pós-graduado que, assim creio, já leu uma boa dose de psicologia dinâmica, e teve um certo número de experiências, tanto no trabalho quanto em suas vivências pessoais.

O leitor tem o direito de saber de que modo me tornei capaz de escrever sobre psicologia. Minha vida profissional girou em torno da pediatria. Enquanto meus colegas pediatras especializaram-se principalmente no aspecto físico, eu me voltei gradualmente para a especialização no aspecto psicológico. Nunca abandonei a pediatria geral, pois a mim parece que a psiquiatria infantil, essencialmente, faz parte da pediatria. Enquanto a psiquiatria de adultos infelizmente tem que ser separada da prática médica e cirúrgica, esta divisão jamais deveria ocorrer quando se trata de crianças.

Devido a problemas de natureza pessoal, entrei em contato com a



psicanálise num estágio inicial de minhas atividades como médico de crianças. Logo pude perceber que havia um lugar para a psicanálise de crianças, tanto como método terapêutico quanto como instrumento de pesquisa. Em 1927 entrei em contato com a aplicação que Melanie Klein fazia do método freudiano para a terapia de crianças, e mais tarde descobri que Aichhorn, Anna Freud, Alice Balint e outros haviam, de várias maneiras, começado a aplicar a psicanálise aos problemas da infância, e tive a oportunidade de aprender com Anna Freud, que viera morar em Londres.

Ingressando no Instituto de Psicanálise, formei-me em psicanálise, e depois em psicanálise infantil, tornando-me capaz de analisar quase todos os tipos de casos de crianças e adultos, de todas as faixas etárias. Entretanto, a experiência de um determinado psicanalista será sempre aquela de uma única pessoa. A um analista não é dado fazer mais do que umas setenta análises completas. A natureza de minha prática permitiu-me ir além dessa dificuldade quanto ao número de casos atendidos, por ter tido sob meus cuidados um grande número de pacientes de ambulatório, e por ter realizado inúmeras psicoterapias breves e de problemas de ajustamento.

Nos estágios iniciais de minha carreira, evitei os casos muito trabalhosos da tendência anti-social, mas durante a Guerra fui forçado a tratar deste tipo de dificuldade, em vista do trabalho que tive o privilégio de fazer com as crianças transferidas em Oxfordshire. *

Nessa mesma época, fui cedendo lentamente à tentação de tratar de pacientes adultos do tipo psicótico, e descobri que era possível aprender muito sobre a psicologia da primeira infância com adultos profundamente regredidos no decorrer do tratamento analítico, o que não teria sido possível pela observação direta de crianças, nem mesmo pela análise de crianças de dois anos e meio. Esse trabalho psicanalítico com adultos psicóticos revelou-se extremamente extenuante e absorvente, e nem sempre muito bem-sucedido. Em um caso que terminou tragicamente, dei 2.500 horas de minha vida profissional, sem nenhuma esperança de remuneração. No entanto, aquele trabalho ensinou-me mais que qualquer outro, de qualquer natureza.

Fazendo a ligação entre todas estas coisas, esteve a constante necessidade de dar conselhos a pais e mães que me consultavam, e foi essa parte dos meus afazeres que me pareceu a mais difícil.

Menciono, finalmente, o estímulo que representaram o ensino e as palestras radiofônicas.

PARTE I

ESTUDANDO A CRIANÇA HUMANA: SOMA, PSIQUE, MENTE

INTRODUÇÃO

Parece-me adequado examinar a natureza humana através do estudo da criança. Mesmo que, quando saudável, o adulto continue a crescer, desenvolver-se e mudar até o instante de sua morte, existe uma constante já visível na criança e que persiste até o fim, assim como o rosto de uma pessoa permanece reconhecível ao longo de toda a sua vida.

Mas onde encontrar essa criança?

O corpo da criança pertence ao pediatra.

Sua alma pertence ao sacerdote.

Sua psique é propriedade da psicologia dinâmica.

O intelecto pertence ao psicólogo.

A mente, ao filósofo.

A psiquiatria reivindica os distúrbios da mente.

A hereditariedade é propriedade do geneticista.

A ecologia se atribui direitos sobre o meio ambiente.

As ciências sociais estudam as estruturas da família e sua relação com a sociedade e a criança.

A economia examina as pressões e tensões devidas a necessidades conflitantes.

A lei se apresenta para regular e humanizar a vingança pública contra comportamentos anti-sociais.

Contrastando com a multiplicidade destas várias reivindicações, o animal humano individual possui uma unidade e um tema central, e é necessário que possamos juntar numa única exposição complexa os comentários produzidos a partir de cada um desses postos de observação.

Não é necessário adotarmos um método único e exclusivo para a descrição do ser humano. É bem mais lucrativo familiarizar-se com o uso de cada um dos métodos de abordagem conhecidos.

Optando pela abordagem que estuda o desenvolvimento como a mais capaz de focalizar os diversos pontos de vista, espero deixar claro [como] inicialmente, a partir de uma interação primária do indivíduo

com o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de existir num mundo não desejado; ocorre então o fortalecimento do self como uma entidade, uma continuidade do ser onde, e de onde, o self pode [emergir] como uma unidade, como algo ligado ao corpo e dependente de cuidados físicos; e então advém a consciência (*awareness*) (e consciência implica na existência de uma mente) da dependência, e a consciência quanto à confiabilidade da mãe e de seu amor, que chega à criança sob a forma de cuidados físicos e adaptação à necessidade; ocorre então a aceitação pessoal das funções e dos instintos* e seus clímaxes, o gradual reconhecimento da mãe como um outro ser humano, e junto a isto a mudança da *ruthlessness** em direção ao *concern**; e então há o reconhecimento do terceiro, e do amor complicado pelo ódio, e do conflito emocional; e esse todo é enriquecido pela elaboração imaginativa de cada função, e pelo crescimento da psique juntamente com o do corpo; e também a especialização da capacidade intelectual, que depende da qualidade dos atributos cerebrais; e de novo, em paralelo a isso tudo, surge um desenvolvimento gradual da independência em relação aos fatores ambientais, levando com o tempo à socialização.

Seria possível partir do início e avançar etapa por etapa, mas isto implicaria em começar com o obscuro e o desconhecido e só mais tarde chegar ao que é de conhecimento geral. Este estudo do desenvolvimento começará com a criança de quatro anos e avançará para trás, alcançando mais adiante os momentos iniciais do indivíduo.

Permitam-me uma palavra a respeito da saúde física. A saúde do corpo implica no funcionamento físico adequado à idade da criança e na ausência de doenças. A avaliação e medida da saúde corporal é uma tarefa assumida pelo pediatra, quer dizer, a saúde corporal como funcionamento do corpo não perturbado pelas emoções, pelo conflito emocional, ou pela fuga de alguma emoção dolorosa.

Da concepção à puberdade há um constante e contínuo desenvolvimento das funções, e a ninguém ocorreria avaliar o desenvolvimento físico da criança sem levar em conta a sua idade.

Presumindo-se que haja um cuidado satisfatório com a criança, podemos dizer que existe um taxa padrão de desenvolvimento. A todo momento são produzidas novas tabelas comparativas. Utilizamos então os dados coletados e classificados, mas permanecemos sempre dispo-

* Sobre os termos *instinto*, *ruthlessness* e *concern*, ver Nota Introdutória à Tradução. (N. do T.)

tos a admitir a grande margem de variação individual inerente aos conceitos de saúde.

A pediatria surgiu principalmente como um estudo das doenças físicas peculiares à infância, onde a saúde era percebida como uma ausência de doenças. Há não muito tempo, o raquitismo era muito comum, assim como muitos outros distúrbios devidos à alimentação deficiente. A pneumonia representava um problema constante, levando frequentemente ao empiema,* raramente encontrado hoje em dia em hospitais londrinos. A sífilis congênita era frequentemente diagnosticada nas clínicas pediátricas, e não era fácil de tratar. Infecções ósseas agudas exigiam drásticas intervenções cirúrgicas, e um doloroso tratamento subsequente. Nos últimos anos, porém, o quadro transformou-se completamente.

Há cem anos atrás o estado das coisas era ainda pior, com uma quase total confusão quanto a diagnósticos e fatores causais, e a primeira tarefa da geração pioneira de pediatras foi a de classificar adequadamente as diferentes doenças. Naqueles dias não havia muito tempo ou espaço para considerações sobre a saúde como tal, nem para o estudo das dificuldades à que a criança fisicamente saudável está sujeita pelo fato de crescer numa sociedade formada por seres humanos.

Atualmente, face ao avanço no diagnóstico e tratamento dos distúrbios corporais, encontramos médicos perfeitamente equipados para lidar com os males do corpo procurando conhecer também os modos pelos quais as funções corporais são perturbadas por coisas como a ansiedade, ou por um cuidado familiar deficiente.**

Uma nova geração de estudantes de medicina reivindica conhecimentos de psicologia. Onde irão obtê-los? Os próprios professores de pediatria nem sempre possuem tal conhecimento. Existe em minha opinião um real perigo de que os aspectos mais superficiais da psicologia infantil sejam hipervalorizados. Tanto os fatores externos quanto a hereditariedade são responsabilizados por tudo. As entidades nosológicas psiquiátricas estão classificadas e descritas de uma forma muito nítida,

* Empiema: inundação purulenta dos pulmões, de origem infecciosa. (N. do T.)

** Gostaria de fazer menção a Guthrie, autor de "Functional Nervous Disorders in Childhood" (1907), não porque ele tenha chegado a grandes alturas, mas porque foi o pioneiro a quem devo o clima especial no Paddington Green Children's Hospital, que tornou possível minha indicação para lá em 1923. Após sua morte trágica, fiquei encarregado de dar seqüência ao trabalho em seu departamento, e na época não chegou ao meu conhecimento que minha indicação para a psicologia foi a causa de minha nomeação para a equipe pediátrica do hospital.

mas falsa; os testes de aptidão ou personalidade são respeitados de modo exagerado; a aparência feliz de uma criança é aceita muito rapidamente como sinal de desenvolvimento emocional sadio.

O que tem o psicanalista a oferecer? Não, certamente, soluções fáceis. Em vez delas, ele apresenta ao jovem pediatra, já com seus trinta anos e pai de família, uma nova matéria pelo menos tão vasta quanto a fisiologia. Além disso, ele diz que, para atingir na psiquiatria infantil uma posição tão elevada quanto a que ele detinha na pediatria tradicional, o jovem pediatra terá que se submeter a uma análise pessoal e a um treinamento especial.

Isto não é fácil, mas não existem atalhos, e jamais haverá. O pediatra hesita ante tamanha aventura, e preferir manter-se firme na pediatria somática, mesmo sabendo que terá de embrenhar-se campo adentro até encontrar doenças suficientes para curar e prevenir. Mas chegará o tempo em que não será mais necessária qualquer nova expansão da pediatria somática, neste país, e um número cada vez maior de jovens pediatras será empurrado para a psiquiatria infantil. Eu espero por esse dia, e o venho esperando ao longo de três décadas. Mas o perigo é que o lado doloroso desse processo seja evitado, num esforço para encontrar um atalho; as teorias serão reformuladas, propondo que os distúrbios psiquiátricos não são produzidos por conflitos emocionais, mas pela hereditariedade, constituição, desequilíbrio hormonal e ambientes brutais e inadequados. O fato, porém, é que a vida em si mesma é difícil, e a psicologia se refere aos problemas inerentes ao desenvolvimento individual e ao processo de socialização; mais ainda, na psicologia infantil temos de nos defrontar com a batalha em que nós próprios estivemos uma vez, ainda que em geral já a tenhamos esquecido, ou da qual jamais estivemos conscientes.

CAPÍTULO 1

O PSICOSSOMA E A MENTE

O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana. A pessoa total* é física, se vista de um certo ângulo, ou psicológica, se vista de outro. Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente. O funcionamento intelectual, assim como a psique, tem sua base somática em certas partes do cérebro.

Como observadores da natureza humana, podemos discernir entre funcionamentos do corpo, da psique e da mente.

Não iremos cair na armadilha que nos é preparada pelo uso popular de "mental" e "físico". Estes termos não descrevem fenômenos opostos. O soma e a psique é que são opostos. A mente constitui uma ordem à parte, e deve ser considerada como um caso especial do funcionamento do psicossoma.**

É necessário chamar a atenção para o fato de que é possível olhar para a natureza humana das três maneiras acima indicadas, e inclusive estudar as causas desta divisão de "poderes". Será especialmente interessante pesquisar os estágios muito precoces da dicotomia entre psique e soma na criança, e os primórdios da atividade mental.

SAÚDE FÍSICA

A saúde física requer uma hereditariedade (*nature*) e uma criação (*nurture*) suficientemente boas. Na saúde, o corpo funciona de acordo com a faixa etária adequada. Acidentes e falhas do ambiente são enfrentados de modo a fazer com que suas consequências negativas desapareçam com o tempo. O desenvolvimento prossegue com o passar do

* A expressão "pessoa total" (*whole person*) indica o indivíduo como um todo, por oposição a "objeto parcial", onde uma parte física ou não do indivíduo ocupa o lugar do todo. (*N. do T.*)

** Ver Winnicott, D. W. (1949): "A Mente e sua Relação com o Psique-Soma". (Publicado no Brasil em *Da Pediatria à Psicodlise*, Ed. Francisco Alves, 1978, pág. 409. (*N. do T.*)

maturidade = responsabilidade com o meio

tempo, e gradualmente a criança se transforma no homem ou na mulher, nem cedo demais, nem tarde demais. A meia-idade chega na época certa, com outras mudanças igualmente adequadas, e finalmente a velhice vem desacelerar os vários funcionamentos até que a morte natural surge como a derradeira marca da saúde.

SAÚDE PSÍQUICA

De forma semelhante, a saúde da psique deve ser avaliada em termos de crescimento emocional, consistindo numa questão de maturidade. O ser humano saudável é emocionalmente maduro tendo em vista sua idade no momento. A maturidade envolve gradualmente o ser humano numa relação de responsabilidade para com o ambiente.

Assim como a maturidade física constitui um assunto de grande complexidade, se for levada em conta a totalidade da fisiologia (por exemplo, a bioquímica do tônus muscular), da mesma forma a maturidade emocional é complexa. O objetivo central deste livro é o de ir mostrando aos poucos de que modo foi sendo descoberta a complexidade do desenvolvimento emocional, e como este pode ser investigado cientificamente, apesar da complexidade.

O INTELECTO E A SAÚDE

O desenvolvimento intelectual não é comparável ao da psique ou do soma. Não há sentido no termo "saúde intelectual". O intelecto, assim como a psique, depende do funcionamento de um determinado órgão do corpo, o cérebro (ou certas partes do mesmo). A base do intelecto é, portanto, a qualidade do cérebro, mas o intelecto só pode ser descrito em termos de mais ou menos, salvo quando o cérebro é deformado ou mutilado por alguma doença física. Em termos de desenvolvimento, o intelecto em si mesmo não pode estar doente, ainda que possa ser explorado por uma psique doente. A psique, por outro lado, pode estar ela mesma doente, ou seja, deformada por falhas no desenvolvimento, a despeito de existir uma base cerebral saudável para o seu funcionamento. A parte do cérebro da qual depende a capacidade intelectual é muito mais variável que aquela de que depende a psique, sendo além do mais um componente mais recente na evolução da espécie. A here-

ditariedade e o acaso fornecem um cérebro que está acima ou abaixo da capacidade média de funcionamento, ou então, o acaso, uma doença ou um acidente (tal como um dano sofrido por ocasião do nascimento) produzem um cérebro deficiente ou danificado; ou um processo infeccioso durante a infância (meningite, encefalite) ou um tumor podem causar interferências residuais variadas no funcionamento cerebral. Também ocorre que, durante um (assim chamado) tratamento de distúrbio mental, o neurocirurgião deliberadamente retalha o cérebro de modo a inibir defesas fortemente organizadas contra a loucura, defesas essas que, em si mesmas, constituem um estado clínico doloroso. Em qualquer uma dessas formas o intelecto é atingido ou os processos mentais são modificados, ainda que o corpo (à exceção do cérebro) possa permanecer sadio.

Em todos os casos, entretanto, o bom ou mau estado de saúde da psique deve ser avaliado. Num extremo teremos uma criança com quociente de inteligência de 80, gozando de boa saúde física e apresentando inclusive um desenvolvimento emocional saudável – tornando-se até mesmo uma pessoa interessante e de valor, com um bom caráter e merecedora de confiança, capaz até mesmo de tornar-se um bom cônjuge e de criar bem os seus filhos. No outro extremo, teremos a criança com um intelecto excepcional (Q. I. 140 ou mais) que, apesar de possivelmente talentosa e de grande valor, pode estar extremamente doente, se seu desenvolvimento emocional foi perturbado, estando sujeita a crises psicóticas, apresentando um caráter indigno de confiança, e com poucas probabilidades de vir um dia a cuidar de si mesma.

Sabe-se hoje em dia que, em crianças razoavelmente saudáveis, o quociente de inteligência, aferido em estrita adequação quanto à idade cronológica, permanece mais ou menos constante. Este fato mostra, mais uma vez, que o intelecto depende fundamentalmente dos atributos do tecido cerebral. A descrição dos casos em que o Q. I. não permanece constante consiste, na verdade, numa enumeração dos modos pelos quais ocorre uma distorção no uso do intelecto, devida, de um lado, a algum distúrbio no desenvolvimento emocional, e de outro, à manifestação de alguma doença no tecido cerebral.

Em todo grupo de crianças deficientes podem se encontrar algumas cujo tecido cerebral seria capaz de um desempenho médio e até mesmo superior, e para as quais o diagnóstico correto seria o de psicose infantil. A deficiência mental seria, então, um sintoma de perturbações pre-

coces do desenvolvimento emocional. Este tipo de deficiência não é muito raro.

Em oposição a isto, o clínico encontra crianças cujo intelecto é impellido pela ansiedade e trabalha em regime de sobrecarga, novamente devido a alguma perturbação emocional (ameaça de confusão) e cujo Q.I., que no teste se mostra elevado, decresce com o tempo, ou como resultado de uma psicoterapia, ou em razão de um cuidado ambiental bem-sucedido, que tornam a ameaça do caos menos iminente.

O intelecto, então, não é exatamente como o corpo e a psique. Ele é feito de outro material, e não se pode dizer do intelecto que, nele, saúde seja maturidade e maturidade seja saúde. Não há, de fato, nenhum vínculo entre os conceitos de saúde e de intelecto. Na saúde, a mente funciona nos limites do tecido cerebral, porque o desenvolvimento emocional do indivíduo é satisfatório.

Tudo isso necessitará de considerações posteriores mais detalhadas.

CAPÍTULO 2

A DOENÇA

Neste ponto, será útil examinar a doença de um modo mais amplo. É possível fazer-se uma descrição bastante simples dos males e distúrbios tanto da soma quanto da psique; a interação das duas é complicada, mas pode-se tentar um esboço, tendo como base a aceitação da dicotomia.

DOENÇAS SOMÁTICAS

Hereditárias	evidência surgindo após o nascimento, ou mais tarde evidência surgindo antes ou depois do parto			
Congênitas	durante o trabalho de parto anormalidade provocando dificuldades no parto durante o nascimento acidentes no parto			
Deficiências da nutrição (ou da excreção)	calorias, sais minerais, vitaminas	Perseguição [falhas na criação (nurture)]	Todos os graus intermedíarios	Auto-infligidas
Acidente	simples acaso guerra	" "	" "	" "
Infestação Infecção	simples acaso	"	"	"
(Ainda não compreendidas)	Neoplasias. Certas doenças, provavelmente infecciosas (reumatismo agudo, coréia, etc.)			

Este quadro cobre todas as doenças, com exceção de uma vasta categoria: a perturbação do funcionamento dos tecidos corporais devida aos diferentes estados psicológicos.

Talvez pareça surpreendente que esta simples descrição dê conta de todo o trabalho do pediatra clínico, especialmente considerando-se que esse trabalho é árduo e que o conhecimento exigido seja tão vasto.

DOENÇAS DA PSIQUE

Não existe uma descrição simples das doenças da psique, exceto quando dizemos que clinicamente se trata de um distúrbio do desenvolvimento emocional, mesmo quando a causa é, obviamente, a existência de fatores ambientais adversos.*

Quando a saúde física (inclusive o funcionamento do tecido cerebral) está garantida, é possível classificar as doenças da psique em neuroses e psicoses. Num caso de neurose, as dificuldades começaram a surgir no interior das relações interpessoais características da vida familiar, estando a criança então entre os 2 e os 5 anos de idade. Nesta fase, a criança é uma pessoa total em meio a pessoas totais, sujeita a poderosas experiências instintivas baseadas no amor entre pessoas. Na neurose, o desenvolvimento emocional da criança (ou do adulto) nos estágios anteriores ocorreu dentro de limites normais.

Psicose é o nome que se dá aos estados de doença cuja evolução começou em momentos anteriores, ou seja, antes que a criança se tornasse uma pessoa total relacionada a pessoas totais.

Esta classificação grosseira tem uma utilidade limitada, e assim que for realizada uma apreciação mais detalhada dos estados clínicos psicóticos tornar-se-á necessário um método mais refinado. Até aqui, é preciso apenas chamar a atenção para a importância de se considerar os pontos de origem dos distúrbios do desenvolvimento emocional, ao mesmo tempo que se procura utilizar os termos psiquiátricos consagrados.

* Nota para revisão: Acrescentar descrição da saúde em termos de ausência de rigidez das defesas.

- Você gosta dele ou dela? - Sim = saúde.
- Você está aborrecido(a)? - Sim = doença.

Portanto:

TIPO	ESTADO CLÍNICO	ORIGEM
NEUROSES 2-Somas	Esquemas defensivos contra a ansiedade: fobias, histerias de conversão, neurose obsessiva, etc.	Ansiedades surgidas da vida instintiva, como ocorre entre pessoas. <i>FREUD</i>
PSICOSES		
	Maníaco-depressiva Depressão Defesas contradepressivas	Concern pelo amor implacável (<i>ruthless</i>). Reação à perda de objetos.
	Perseguição: vinda de dentro Hipocondria vinda de fora Defesa paranóide retirada para o mundo interno.	Concern quanto às consequências da agressividade.
ESQUIZOFRENIA		
	Defesas através de cisão por desintegração por perda do sentimento de realidade por perda do contato	Fracasso da adaptação materna nos estágios iniciais.

Uma descrição grosseira como esta estimula o estudante para o estudo das doenças da psique em termos de psiquiatria do adulto. É mais lógico, entretanto, abordar a psiquiatria do adulto a partir de um estudo profundo da psiquiatria da criança.

Apesar de nossas boas intenções, acabaremos por descobrir que precisamos desenvolver uma nova classificação, e quando chegarmos ao final, não ficaremos satisfeitos.*

* Nota para revisão: Esboçar uma retomada da classificação sob nova forma: dependência + família e provisão ambiental (social); enfrentar/não enfrentar.

Clinicamente, nem mesmo crianças doentes estão o tempo todo ansiosas ou o tempo todo mal. Muitas vezes vemos acontecerem esquadras bem-sucedidas de defesa contra a ansiedade, e ao fazermos um diagnóstico preocupamo-nos com o tipo de defesa e com seu êxito ou fracasso. É importante também que saibamos de que tipo é a ansiedade que produz a ameaça; por exemplo, as defesas podem ser contra o medo de perder o pênis, ou de perder alguma função importante associada a um instinto. Podem ser também defesas contra a depressão, ou seja, contra uma desesperança pertencente a sentimentos de culpa, inconscientes eles mesmos, ou relativos a algum elemento inconsciente. Também é possível que as defesas sejam contra o medo de perder o contato com a realidade externa, ou contra o medo de uma desintegração caótica.

Todos esses pontos requerem um exame mais detalhado, mas a intenção até aqui é a de deixar claro que existe alguma justificativa para uma classificação apenas esboçada dos distúrbios mais simples das crianças, de acordo com o tipo de doença que a criança tenderia a apresentar no caso de, sob tensão, ter uma crise e tornar-se verdadeiramente doente. Tal classificação me permitirá examinar de forma preliminar a interação entre os distúrbios físicos e os psiquiátricos, após o que voltarei ao estudo detalhado do crescimento emocional. Por enquanto, terei de omitir as falhas do ambiente nas várias etapas, um tema que também precisará de considerações detalhadas mais adiante. Também a sintomatologia de tipo anti-social deve ser deixada para mais tarde.

* se a defesa tem êxito ou não
* qual tipo de ansiedade

CAPÍTULO 3

O RELACIONAMENTO ENTRE DOENÇA FÍSICA E DISTÚRPIO PSICOLÓGICO

EFEITOS DO CORPO E SUA SAÚDE SOBRE A PSIQUE

HEREDITARIEDADE

As considerações sobre a hereditariedade não deixam muito espaço para confusões. Presume-se que toda a hereditariedade se dê ao nível físico, mesmo quando a consequência é psicológica (por exemplo, a tendência para a depressão ou para um temperamento histérico transmitido à criança por um dos pais). A base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar. A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. É desta forma que o self passa a existir. A psique não tem, obviamente, existência alguma fora do cérebro e do funcionamento cerebral.

A herança de traços de personalidade e de tendências para algum tipo de distúrbio psiquiátrico pertence ao soma, recebendo assim a psicoterapia alguns de seus limites, dados pelo herdado. Esses limites têm relativamente pouca importância no tratamento de distúrbios neuróticos, mais importância nos casos de psicose, e sua importância é maior na psicanálise de pacientes sadios, ou seja, daqueles que estão (por definição) mais próximos de serem aquilo que permitiria o equipamento com que vieram ao mundo.

Não se deve esquecer de que certas tendências herdadas para a doença manifestam-se clinicamente bem tarde, de modo que, apesar de herdadas, tais tendências não são congênitas.

DEFEITOS CONGÊNITOS

A hereditariedade diz respeito aos fatores que existiam antes da concepção. Os distúrbios congênitos são aqueles que se tornam evidentes ao final do processo de nascimento. O termo 'congenito' refere-se a dois conjuntos de distúrbios, sendo que o primeiro engloba aquelas doenças e deficiências que existiam antes do nascimento, e o segundo, as seqüelas do trabalho de parto em si.

O *pediatra* pensa em termos de problemas de crescimento (por exemplo, deficiências mentais devidas à rubéola contraída pela mãe no segundo mês de gravidez), deformidades ortopédicas (deslocamento do quadril, pé torto), infecções provenientes da mãe (sífilis antes do nascimento, ou gonorréia durante o parto), incompatibilidade sangüínea entre a mãe e o bebê, ou danos causados às meninges ou mesmo ao cérebro por um parto demorado (em razão da pelve estreita da mãe ou de asfixia por demora excessiva), e assim por diante. O pediatra tem um vasto campo onde realizar seu trabalho altamente especializado, de modo que não se pode esperar dele que se preocupe também com as experiências (psicológicas) do nascimento de uma criança que nasceu sem deformidade, e que não sofreu asfixia ou choque, no sentido físico do termo.

Recentemente, o *ginecologista* começou a se interessar pela psicologia do nascimento, tendo já quase alcançado um primeiro objetivo, o de tornar o parto uma experiência física segura. De qualquer modo, é a psicologia da mãe que ele estuda, e o que é ensinado atualmente pode ser resumido em poucas palavras: como libertar-se do medo. Isto pode ser alcançado através de instruções confiáveis, que tornam possível à mãe atingir um estado de relaxamento. A confiança pessoal em um médico e em uma enfermeira continua sendo o amparo mais importante da mãe, embora nem sempre isto seja mencionado. Não podemos esperar nem do ginecologista nem da enfermeira de maternidade que mostrem muito interesse pela psicologia do bebê na hora do seu nascimento. A própria mãe não se encontra nas melhores condições para tornar-se uma pioneira justo nessa hora em que seu bebê está nascendo. Mas ela sabe que a psicologia de seu bebê deve ser levada em consideração. Quando é que ela irá ser compreendida? O psicólogo deve, então, entrar em campo até que o pediatra e o ginecologista mudem de idéia e passem a estudar a psicologia do recém-nascido.

Com o desenvolvimento do cérebro enquanto órgão em funciona-

próximo ao útero

mento, inicia-se a estocagem de experiências; as memórias corporais, que são pessoais, começam a juntar-se para formar um novo ser humano. Existem boas evidências de que os movimentos do corpo na vida intra-uterina são significativos, e é plausível que, de um modo silencioso, a quietude vivenciada naquele período também o seja.

Em algum momento próximo ao nascimento ocorre um grande despertar, responsável pela diferença perceptível entre um bebê nascido prematuramente e outro com nascimento pós-maduro. O primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração por ter sido mantido à espera depois de estar pronto.

No entanto, a psicologia do próprio bebê não influencia, em geral, os distúrbios que, em conjunto, recebem o nome de "congenitos". Por sua vez, os acontecimentos ligados ao parto afetam intensamente a psicologia da criança. O estudo destes fenômenos deve ser realizado depois de o leitor ter sido apresentado ao ser humano que se encontra no início mesmo de sua vida.

Assim que se dá o nascimento, o efeito da psicologia da criança sobre sua saúde física torna-se imediatamente perceptível.

DISTÚRBIOS DA INGESTÃO

A alimentação não se estabelece simplesmente a partir de reflexos. Disto não há dúvida alguma. É bem conhecido o fato de que o estado emocional da mãe afeta a habilidade do bebê em tomar o seio, e também é sabido que os bebês podem ser fáceis ou difíceis de alimentar, mesmo desde o primeiro instante. Haverá muito a dizer sobre a psicologia do início da alimentação e sua continuidade. Não se trata aqui de desvalorizar os aspectos somáticos da alimentação, que vêm sendo estudados muito detalhadamente no campo da pediatria. Para o estudo desse tema são necessários, sobretudo, a cooperação e o entendimento entre aqueles que conhecem muito bem os aspectos somáticos (envolvendo fisiologia, anatomia, neurologia e bioquímica) e aqueles que estão começando a conhecer alguma coisa a respeito dos aspectos psicológicos. Como exemplo instrutivo para o psicólogo não-médico, gostaria de mencionar o fenômeno um tanto raro denominado "esôfago curto" (*short esophagus*). Esta deformidade física provoca dificuldades na alimentação, especialmente uma tendência a vomitar. A postura afeta os sintomas. Com o tempo, o fenômeno tende a corrigir-se, de

modo que quaisquer medidas que forem tomadas no momento acabam por receber crédito. Tais medidas, muitas vezes, vêm sob a forma de conselhos quanto ao manuseio da criança, ou sobre psicoterapia para a mãe. Aqueles que estudam a psicologia do recém-nascido não podem dar-se ao luxo de ignorar os distúrbios físicos e suas causas naturais, ainda que, felizmente, não lhes seja necessária a competência suficiente para assumirem a responsabilidade total pela parte somática, que deveria ser compartilhada por especialistas de ambos os lados.

Nos distúrbios da alimentação de lactentes de mais idade, o lugar da psicologia torna-se mais e mais evidente. As crianças podem ser normalmente caprichosas, a ponto de, quando ocorre de uma criança aceitar passivamente qualquer alimento agradavelmente apresentado, poder-se suspeitar de uma doença. Iremos examinar as causas deste fato. Em condições extremas, uma criança de qualquer idade pode tornar-se tão ativamente inibida quanto à alimentação, que o resultado vem a ser fatal. Entre um saudável capricho e uma inibição patológica, todas as gradações são possíveis.

Existem muitas e variadas combinações entre o físico e o psicológico. Um exemplo bastante comum é o da criança com um palato fendido congênito, incapaz de usufruir normalmente o prazer da alimentação, necessariamente submetida a repetidas cirurgias e separações da mãe. O desenvolvimento emocional da criança é afetado, mas não necessariamente ao ponto da mutilação, porque o médico e a enfermeira podem facilmente perceber o sentimento da criança, e conseqüentemente agir de modo a contrabalançar os efeitos perturbadores do ambiente. Quando o sentimento de aflição da criança é percebido de modo geral, os médicos e enfermeiras poderão fazer muita coisa para prevenir a doença psicológica do tipo que tem início na infância, mesmo sem jamais adquirir um conhecimento psicológico especializado.

PROBLEMAS DA EXCREÇÃO

Aqui não existe muita dificuldade para separar o que é físico do que é psicológico. Excetuando-se os raros casos em que o aparelho excretor encontra-se deformado ou doente, os distúrbios do funcionamento excretor são sem dúvida a expressão de conflitos emocionais aparecendo em termos corporais.

→ tendência a se acidentar = depressão

ACIDENTES

Enquanto num extremo da escala encontramos a ação do puro acaso, no outro extremo localiza-se a tendência a acidentarse, uma condição que entre os distúrbios psiquiátricos pertence à classe da depressão. De modo semelhante, entre aqueles que foram malcuidados, há sempre alguns que trazem consigo a necessidade de serem perseguidos, sendo que esta necessidade, que constitui a base da doença psiquiátrica chamada paranóia, pode começar surpreendentemente cedo na infância, na verdade muito pouco tempo após o nascimento.

Sobre as infecções, é possível dizer que algumas dependem inteiramente do estado físico, por exemplo, a catapora; uma criança que não teve catapora pega-a de alguém que está no início da doença. Algumas infecções, por outro lado, são influenciadas pelo estado emocional. Por exemplo, o processo da tuberculose pulmonar pode ser estreitamente correlacionado com o curso de fases depressivas, apesar de o tipo cirúrgico da tuberculose não apresentar uma correlação tão forte. A pneumonia, especialmente na época anterior aos antibióticos, era muito claramente um teste para a vontade de viver, e a cura dependia então, muito intensamente, dos cuidados com o doente. Nos velhos tempos, as enfermeiras extraíam uma enorme satisfação dos seus êxitos com pacientes de pneumonia, porque sabiam que freqüentemente salvavam vidas com sua devoção pessoal. Atualmente os estudantes de enfermagem perdem muito pelo fato de a cura da pneumonia ser produzida por fatores relativamente mecânicos.

UMA CATEGORIA PARA O (AINDA) DESCONHECIDO

Quase todas as doenças físicas podem caber nestas poucas categorias acima. Todavia, é necessário lembrar aos leitores não-médicos que existem doenças físicas que são realmente do corpo, embora sua causa não seja ainda conhecida. Um exemplo é o das neoplasias.* A febre

* Denominação genérica para os cânceres, ou seja, carcinomas, sarcomas, e provavelmente linfadenomas e leucemia. (O termo empregado por Winnicott, "new growth", literalmente "crescimento novo", não tem um equivalente tão simples em português. Daí a tradução "neoplasia", do grego 'neo', novo, e 'plasia', crescimento, termo bem mais sofisticado, mas inevitável). (N. do T.)

reumática e a coréia, bastante comuns, também são de origem desconhecida.

Isto não significa que uma doença irá provavelmente se revelar de fundo emocional apenas porque sua causa orgânica ainda não foi identificada, e isto é verdade apesar de a febre reumática e especialmente a coréia por vezes darem a impressão de se seguir a uma crise emocional ou a uma forte tensão psicológica.

ALERGIA

Mais difícil de localizar é a coleção de distúrbios que se agrupam sob o título de "alergia". Aqueles que se dedicam com entusiasmo a estudar o fenômeno, que consiste em super-sensibilidade dos tecidos a agentes diversos (tais como o pólen, na febre do feno), afirmam poder explicar um amplo conjunto de sintomas que a maioria dos demais observadores acredita ser de origem psicológica. Um claro exemplo é dado pela asma. A asma é um distúrbio do funcionamento corporal que, aparentemente, pode ser provocado por pura sensibilidade física do músculo brônquico a alguma substância inalada. Mas uma crise de asma pode ser puramente psicológica, com o que concordaria qualquer pessoa que tenha uma criança com asma sob observação minuciosa, tal como a que ocorre em situação de psicoterapia diária regular (como na psicanálise). A asma é um bom exemplo de doença fronteira (*borderline*), e é tão necessário lembrar ao pesquisador em psicologia que existe para ela uma predisposição física, assim como há uma relação entre a asma e o eczema infantil, quanto é preciso lembrar ao médico clínico que esta é uma doença de caráter psicológico.

A alergia constitui um longo desvio dos princípios mais gerais, e a utilidade do termo refere-se principalmente à descrição de certos estados clínicos. Trabalhos promissores realizados sobre o tema acabaram por apontar mais para a psicologia que para a fisiologia ou a bioquímica. Não estou esquecendo, por outro lado, que a asma pode ser vista como causadora de distúrbios psiquiátricos, afora o problema de sua própria origem em cada caso específico, já que é impossível para uma criança ou um adulto sofrerem de asma (seja qual for sua causa) sem se deixar tyrannizar por ela.

EFEITOS DA PSIQUE SOBRE O CORPO E SEU FUNCIONAMENTO

O desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê um reassuramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional.

As tensões e pressões do crescimento emocional normal, bem como certos estados anormais da psique, têm um efeito adverso sobre o corpo.

Imar a mão / S. tem um dolo

A liberdade instintiva promove a saúde física, e disto se conclui que em condições de desenvolvimento normal com crescente controle dos instintos, o corpo terá de ser sacrificado em muitos pontos, já que a liberdade dos instintos é normalmente restringida no processo de socialização da criança. O princípio a ser lembrado é o de que, sempre que um conflito na psique é relativamente consciente, os instintos são manejados por meio de autocontrole; o compromisso entre as exigências do instinto e as da realidade externa ou social ou consciente pode ser construído com o mínimo de prejuízo possível. Por outro lado, onde o conflito entre o impulso e o Ego ideal encontra-se no inconsciente reprimido, as inibições, compulsões e ansiedades resultantes são mais cegas, menos capazes de se adaptar às circunstâncias, e mais danosas para o corpo e suas funções e processos.

O corpo de uma criança é capaz de suportar uma grande tensão, mas justamente a mesma tensão, se mantida pela vida adulta afora, pode eventualmente gerar situações somáticas irreversíveis, tais como uma hipertensão benigna, ulceração da mucosa em algum ponto do trato digestivo, hiperatividade da tireóide, etc.

Os últimos estágios destas transformações físicas irreversíveis que tiveram origem num conflito emocional terão de ser tratados pelo médico, pelo cirurgião ou pelo endocrinologista, e isto é verdadeiro *mesmo quando*, nessa etapa tardia, a psicoterapia é ministrada com êxito. A psicoterapia bem-sucedida realizada mais cedo teria evitado a necessidade de recorrer a um médico ou a um cirurgião.

CAPÍTULO 4

O CAMPO PSICOSSOMÁTICO

mente
psique - soma

Ao tentarmos elucidar os problemas da psicossomática, deveríamos olhar antes para a pediatria que para a medicina de adultos. As crianças oferecem o melhor material para o estudo das alterações dos tecidos e do funcionamento corporais, relacionados com ou secundários a fenômenos psicológicos.

A medicina psicossomática tornou-se um ramo da pesquisa e da prática médicas, ramo esse que, infelizmente, se encontra desconectado dos seus três correlatos mais próximos: a psiquiatria, a clínica geral e a psicanálise. As causas dessa situação são semelhantes àquelas que levaram ao uso dos termos 'mental' e 'físico' como se fossem fenômenos opostos. A natureza humana não é uma questão de corpo e mente — e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente.

Distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas a estados da psique. Estas alterações são melhor estudadas no campo da clínica pediátrica, não apenas porque em crianças as condições são mais simples, mas também porque os estados da psique em adultos não podem ser compreendidos sem que se faça referências à infância dos sujeitos a serem investigados.

A base para a psicossomática é a anatomia do que é vivo, que chamamos de fisiologia. Os tecidos estão vivos e fazem parte do animal como um todo, e são afetados pelos estados variáveis da psique daquele animal.

As primeiras complicações a serem estudadas são aquelas mudanças fisiológicas que dizem respeito à atividade e ao repouso, e depois as mudanças referentes a excitações locais ou gerais, e estas últimas se caracterizam pelos três estágios de preparação, clímax e recuperação. No estudo da excitação geral, os tecidos não podem ser estudados fora do contexto da psique total. Uma vez aceita a psique como um todo, então a fisiologia pode concentrar-se nas mudanças específicas relativas ao desejo e à ira, e também ao amor afetoso, ao medo, ao luto e

outros afetos que representam facetas de sofisticadas fantasias, fantasias específicas ao indivíduo.

Ao longo de todo esse trabalho, o estudioso do psicossoma preocupa-se com as fantasias conscientes e inconscientes que constituem, por assim dizer, a histologia da psique, a elaboração imaginativa de todos os funcionamentos somáticos que são específicos do indivíduo. Se duas pessoas balançam um dedo, o anatomista e o fisiologista verão uma semelhança essencial nos dois eventos. Para o estudioso do psicossoma, no entanto, à anatomia e à fisiologia da ação deve ser acrescentado o significado da ação para o indivíduo, e por isso, balançar o dedo é algo específico, em cada caso, ao indivíduo que o fez.

Em algum lugar, portanto, a fisiologia funde-se suavemente à psicossomática, que inclui a fisiologia das mudanças somáticas associadas às pressões e tensões da psique. Primeiramente, existem os controles inerentes ao processo de socialização, e mais tarde os controles e inibições patológicas, associadas à repressão e a conflitos inconscientes da psique.

Por fim, a psicossomática não nos permite presumir um relacionamento intenso entre a psique e o soma. Na psicossomática, é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida, ou mesmo rompida.

O estudo detalhado da pediatria psicossomática não pode ser realizado até que seja feita uma completa exposição do desenvolvimento emocional do indivíduo humano.

Ficará claro, então, que para compreender esses distúrbios que de fato formam uma categoria clínica real — ainda que muito ampla — é preciso passar por todos os tipos e graus de distúrbio psicológico, e incluir os conflitos internos inerentes à vida, inerentes à administração dos instintos e ao compromisso pessoal com o impulso, compromisso que faz parte do processo de socialização gradual de cada indivíduo humano.

Na saúde, há duas grandes correntes da pediatria psicossomática. A corrente da saúde física, que pesquisa as consequências desta sobre o funcionamento e desenvolvimento da psique. E a da saúde mental, que investiga a ação desta última sobre o desenvolvimento e o funcionamento físicos.

Na doença, também há duas tendências — a da doença física e seus efeitos sobre o desenvolvimento psíquico, e a da doença psíquica e seus efeitos sobre o desenvolvimento físico.

Para que se possa compreender qualquer um dos pontos acima, é preciso estudar uma pessoa em desenvolvimento que esteja fisicamente saudável, pois somente presumindo-se uma *ausência de doenças físicas* é que um estudo tão complexo seria possível. Se admitimos a ausência de doenças corporais primárias, podemos passar a examinar o gradual entremesclar do corpo e da psique daquela pessoa, e certos princípios básicos podem então ser formulados.

Sabe-se que o desenvolvimento é normalmente doloroso e pontilhado de conflitos; em vista disso, o corpo acaba por sofrer mesmo quando não existam doenças primariamente físicas.* Desta maneira, o estudo dos distúrbios psicossomáticos deve ser feito através da Psicologia, tentando localizar os efeitos dos problemas da psique sobre a parte corporal da pessoa. Este é o caminho, necessariamente. Os médicos não gostam muito disso. Eles gostariam de poder aplicar seus conhecimentos sobre a doença física diretamente aos distúrbios psicossomáticos. Mas não pode ser assim. O caminho natural é o do estudo dos distúrbios psicossomáticos na criança (ou adulto) que estejam isentos de qualquer doença ou limitação física prévia. Somente mais tarde, depois que o princípio tenha sido compreendido, é que pode ocorrer um entendimento da doença física e seus efeitos sobre a psique. Percebe-se facilmente que a medicina somática lembra um país cujas fronteiras são sustentadas artificialmente, a fim de limitar as responsabilidades do médico. A medicina do corpo funde-se naturalmente à medicina psicossomática.

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa de funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo.

A psique, desenvolvendo-se desta maneira, torna-se possuidora de uma posição a partir da qual é possível relacionar-se com a realidade externa, torna-se algo que é capaz de criar e de perceber a realidade externa, torna-se um ser qualitativamente enriquecido, em condições de

* Nota para revisão: Ter certeza da opinião: o distúrbio psicossomático com seu significado positivo de opor-se à fuga para: a) o intelecto; b) estados despersonalizados.

ir além daquilo que se pode explicar pelas influências ambientais, e capaz não apenas de se adaptar, mas também de se recusar a se adaptar, e de se transformar numa criatura com algo que parece ser capaz de fazer escolhas.

Nada disso aparece automaticamente como um fenômeno ligado ao crescimento. Existe certamente um fator de crescimento inerente, mas a dependência inicial a um ambiente adaptado às necessidades é tão grande que esse fator de crescimento fica encoberto. No desenvolvimento corporal o fator de crescimento é mais claro; no desenvolvimento da psique, por contraste, há a possibilidade do fracasso a cada momento, e na verdade é impossível que exista um crescimento sem distorções devidas a algum grau de fracasso na adaptação ambiental.

O desenvolvimento psicossomático é uma aquisição gradual, e tem seu próprio ritmo, e se o termo maturidade pode ser usado como uma referência etária, então maturidade é saúde, e saúde é maturidade. Todo o processo de desenvolvimento tem que ser levado a cabo, qualquer salto ou falha no processo é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali deixam uma cicatriz.

Além do mais, nada há a ganhar discutindo-se a data em que começa a pediatria psicossomática, ou a própria natureza humana. A única data segura é aquela da concepção. A data do nascimento é obviamente notável, mas até ali muito coisa já aconteceu, especialmente com a criança pós-madura, e ao nascer já existe uma individualidade tão marcante, que em casos de gêmeos idênticos as enfermeiras experientes percebem imediatamente uma semelhança excepcional de comportamentos. Ao fim de duas semanas, todo bebê já passou por inúmeras experiências inteiramente pessoais. Na idade em que uma adoção se torna relativamente fácil de ser realizada, o bebê já está tão marcado por experiências reais que os pais adotivos têm problemas de manejo essencialmente diferentes daqueles que teriam se o bebê fosse deles mesmos e estivesse com eles desde o início.

PARTE II
O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL
DO SER HUMANO

INTRODUÇÃO

O exame preliminar do âmbito abarcado pela pediatria psicossomática apenas demonstrou a necessidade de se compreender o desenvolvimento emocional do indivíduo. Do lado somático, o pediatra baseia tudo na anatomia e na fisiologia, e do lado psíquico deveria existir uma disciplina equivalente. A psicologia acadêmica não nos fornece a resposta. A única resposta possível é a psicologia dinâmica ou, em outras palavras, a psicanálise.

Será necessário examinar agora o desenvolvimento do psicossoma que, com a mente funcionando, gradativamente se transforma na autoconsciência pessoal do indivíduo, uma pessoa não apenas relacionada com o ambiente, mas cedo ou tarde tomando parte na manutenção e criação desse ambiente. Teremos de presumir a ausência de uma doença física primária até aquele ponto perto do fim, quando se considera que a inclusão dessa complicação adicional é uma parte plausível do todo.

Presumiremos também uma dotação normal de tecido cerebral, já que a deficiência mental e a idiotia são defeitos físicos que apresentam aspectos psicológicos secundários. Intencionalmente, por enquanto a mente será deixada fora de consideração, exceto quanto ao fato de ela ser o que chamei de ornamento no topo do psicossoma.

Seria lógico descrever o desenvolvimento do ser humano desde a concepção, gradualmente prosseguindo através da vida intra-uterina, o nascimento, passando em revista o bebê que aprende a andar* e a criança em fase de latência, e depois o adolescente, e mais tarde alcançando o adulto maduro, pronto para ocupar um lugar no mundo, e que depois envelhece e, afinal, morre.

* Ver Nota Introdutória à Tradução, pág. 9.

→ não começar aqui e retroceder, mostrando como as coisas aconteceram até chegar lá

Optei por começar com o período da primeira maturidade, onde a criança já anda com segurança, tendo relacionamentos interpessoais que já alcançaram um sentido pleno, e o fiz porque posso ter certeza de que o leitor tem uma certa familiaridade com o trabalho de Freud, que localiza a origem da neurose dos adultos nos conflitos que surgem no indivíduo nessa mesma etapa.

A partir de uma apresentação sobre a psicologia dinâmica da primeira infância, prosseguirei para trás, alcançando momentos cada vez mais primitivos, em direção ao desconhecido dos primeiros instantes em que o termo ser humano pode ser aplicado ao feto no interior do útero. Posteriormente, será possível ir para a frente, e examinar as características especiais da fase de latência e da adolescência.

Minha apresentação da psicologia dinâmica se dividirá, então, da seguinte maneira:

- Relacionamentos interpessoais e complicações decorrentes. → Édipo
- Aquisição da unidade pessoal e da capacidade de se preocupar (concern).
- As tarefas primitivas de
1) Integração do self. → nunca são completadas e incorporadas se montam como um processo alato ao longo da vida,
2) *Modus vivendi* psicossomático. com estágios cada vez mais longos de estabilidade
3) Contato com a realidade através da ilusão.

O leitor é convidado a lembrar-se, quando ler uma parte de meu trabalho, de que as outras partes estão sendo deliberadamente excluídas, e não foram esquecidas. A linguagem de uma parte específica é inadequada para outras.

A dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. As tarefas primitivas jamais são completadas, e pela infância afora sua não-conclusão confronta os pais e educadores com desafios, embora originalmente elas pertençam ao campo da puericultura. Da mesma forma, a pressão sobre a psique à época da mudança da *ruthlessness* para o *concern*, e quando é adquirida a capacidade de juntar passado, presente e futuro, também interessa muito a pais e professores de crianças de todas as idades, embora inicialmente ela pertença àqueles que cuidam da criança que está a ponto de ser "desmama-

da", em condições de lidar com a perda, sem na verdade perder aquilo que (num certo sentido, apenas) é perdido.

Curiosamente, são justamente estes problemas que começam cedo os que mais interessam ao leitor de um livro sobre psicologia. Os problemas posteriores da criança mais madura, que alcançou as complicações e o enriquecimento das relações interpessoais são, por sua própria natureza, um assunto privado de cada criança, e cada vez menos (à medida que a criança amadurece) uma parte da dependência infantil. É enlouquecedor e inútil para os pais ou educadores ficar sabendo (ainda que corretamente) que os sintomas de uma criança têm origem na repressão, que a causa de um distúrbio neurótico é algo de natureza essencialmente inconsciente, e que a única coisa a fazer é levar a criança à psicoterapia (que, na maioria dos casos, ou não estará disponível, ou será cara demais). *Sale das coisas.*

A impaciência dos pais e educadores para com as verdades formuladas em termos de Complexo de Édipo não representa apenas sua "resistência". Esses fatos (que pertencem principalmente à primeira seção de minha descrição) tendem a fazer com que as pessoas se sintam impotentes. O que podem elas fazer? Por contraste, as necessidades da criança que representam resíduos da primeira infância apresentam aos pais e educadores problemas que eles próprios podem tratar, pela ênfase em um ou noutro aspecto da criação ou da educação.

Ainda assim, aceitarei o fato de que compreender o que ocorre no interior de uma criança de quatro anos pode ser útil, mesmo que nenhuma ação por parte dos pais ou educadores consiga curar um sintoma. Compreender a criança não é o bastante, se a isto não se seguem providências adequadas às necessidades e objetivos da mesma. No entanto, para a criança em meio às agonias do Complexo de Édipo é muito útil ser ao menos compreendida, mesmo que a compreensão produza apenas simpatia em vez de providências concretas.

Com memórias vividas da primeira infância, é necessário entender para adaptar o ambiente e prover o necessário para a realização da criança no adulto.

CAPÍTULO 1

RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

PRIMEIRA PARTE DA EXPOSIÇÃO

*Psicanálise clássica,
por Winnicott*

A primeira parte deste estudo da psicologia humana, que tem por objeto os relacionamentos interpessoais, deriva diretamente de trabalhos muito conhecidos realizados nos últimos cinquenta anos, cuja base é o tratamento das neuroses. Estas idéias decorrem quase inteiramente de Freud ou dos que vêm aplicando o seu método, que ele denominou Psicanálise. Tudo que tenho a dizer já foi dito em algum lugar dessa vasta literatura atualmente disponível. Ainda assim, não me é possível deixar de fazer um explanação em minha própria linguagem, dando ao leitor uma resenha do tema como um todo realizada por um só pessoa.

Esta é a parte da teoria psicanalítica que se tornou aceita por todos os psicanalistas. É a parte que permite a muitos analistas se sentirem fundamentalmente unidos, ainda que divirjam amplamente sobre os desenvolvimentos mais modernos da teoria e da prática, fazendo com que o Instituto de Psicanálise, que congrega todos os psicanalistas ingleses, possa construir e administrar um esquema de formação neste país, e dar qualificação para o exercício da profissão. Existe, portanto, esta base teórica que pode ser ensinada aos estudantes, antes que eles sejam apresentados aos temas que são, ainda, objeto de pesquisa.

Quase todos os aspectos do relacionamento entre pessoas totais foram abordados pelo próprio Freud, e de fato é muito difícil atualmente dar a isto qualquer contribuição, a não ser que se consiga fazer uma exposição original daquilo que já é aceito. Freud fez por nós toda a parte desagradável do trabalho, apontando para a realidade e a força do inconsciente, chegando à dor, à angústia e ao conflito que invariavelmente se encontram na raiz da formação de sintomas, anunciando publicamente, de forma arrogante se necessário, a importância dos instintos e o caráter significativo da sexualidade infantil. Qualquer teoria que negue ou ignore estas questões é inútil.

O problema do desenvolvimento infantil domina – com justiça – o

campo da psicologia da criança, e a idéia do desenvolvimento emocional está interligada à do crescimento corporal. Por isso, não é adequado estudar-se uma situação atual em Psicologia. Como em História, uma situação atual tem um passado e um futuro que lhe pertencem. Esta é uma observação de importância fundamental, visto que foi por intermédio deste princípio que o psicanalista livrou-se das amarras da psicologia acadêmica, da psiquiatria e da medicina.

A presente exposição da psicologia infantil toma por base um desenvolvimento anterior saudável, até o ponto em que se pode dizer: esta criança é agora um ser humano completo, relacionando-se com seres humanos completos. Sabemos que é um tanto artificial ter certeza de tanta coisa. Sabemos também que não existe esse ponto no tempo em que tal descrição possa ser feita de repente. Qualquer estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo, e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente, e mesmo assim apenas sob determinadas condições. Tais condições deixam gradativamente de ser vitais, mas talvez nunca deixem de ter uma certa importância. De qualquer modo, é necessário que se presuma um desenvolvimento anterior bem-sucedido. O mais complexo deve desenvolver-se a partir do mais simples.

A afirmação de que uma criança saudável poderia ser inteiramente compreendida com base no estudo das neuroses e de suas origens seria absurda. Não tão absurda, entretanto, seria a afirmação de que, para se estudar a criança saudável, presumindo-se um desenvolvimento inicial saudável, um bom caminho seria através do estudo da formação de sintomas neuróticos. O motivo é que as defesas organizadas na neurose apontam o caminho para a ansiedade, que não apenas se encontra por trás do sintoma neurótico, mas também fornece a força e a qualidade das manifestações da saúde.

Na análise de adultos, a origem dos sintomas neuróticos pode ser investigada no passado, ao tempo das pressões e tensões do período anterior à latência, quando o adulto era uma criança de 2 a 5 anos. Voltamo-nos, portanto, para a criança dessa idade a fim de vislumbrarmos o que é que acontece no percurso do desenvolvimento emocional.

Existe um argumento na forma de extremos teóricos, que poderia ser utilizado para confundir o método aqui proposto. Num extremo encontra-se a amamentação perfeita, que serve de base para a infância

→ a origem dos sintomas neuróticos se remonta no período dos 2-5 anos

perfeita livre de qualquer perturbação neurótica. No outro extremo, está a primeira infância perturbada, que torna impossível o crescimento saudável em qualquer idade posterior. Pode-se então argumentar: em que lugar se encontra essa criança que constrói defesas neuróticas? Entre os extremos, e com frequência, encontramos crianças pequenas relativamente sadias com certa tendência a um distúrbio neurótico que pode ser mantido sob controle por cuidados apropriados, e também crianças com forte tendência à neurose, que certamente apresentarão ao crescer alguma organização sintomática, mas que ainda assim passarão por sadias. Estas últimas dependerão especialmente de um ambiente emocionalmente estável e contínuo. É preciso acrescentar que entre estas últimas e as crianças da categoria denominada psicose estão aquelas que apresentam uma aparente doença neurótica mas que, sob tratamento, revelam tantas desordens fundamentais do desenvolvimento emocional primitivo, que o termo psicose acaba surgindo como o mais adequado.) → falso self / borderline

1ª Infância	2 a 5 anos
1. Perfeita	— improvável surgimento de distúrbios nesta fase
2. Imperfeita	— criando a base da ansiedade neurótica
3. Desenvolvimento perturbado	— provável distúrbio neurótico
4. Desenvolvimento perturbado	— distúrbio neurótico encobrindo uma estrutura psicótica, capaz de revelar-se durante um tratamento ou crise
5. Desenvolvimento perturbado	— fornecendo saúde insuficiente para o desenvolvimento de uma doença neurótica, ou seja, a psicose é visível

Fica subentendido que os fatores hereditários exercem seu papel ao longo desta classificação, perturbando e distorcendo qualquer clareza que porventura nela houvesse.

O bebê relativamente saudável (maduro para a idade) prossegue rumo ao estágio em que ele se torna uma pessoa total, consciente de si mesma e consciente da existência dos outros. Um grande número de

acontecimentos na vida diária desta criança deve agora ser deixado de lado, porque se refere às fases anteriores (todas elas) e portanto deixa de interessar à discussão.

A FAMÍLIA

Quando chega ao estágio de desenvolvimento em que consegue perceber a existência de três pessoas, ela própria e duas outras, a criança encontra, na maioria das culturas, uma estrutura familiar à sua espera. No interior da família, a criança pode avançar passo a passo, do relacionamento entre três pessoas para outros mais e mais complexos. É o triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda a riqueza da experiência humana. Na estrutura familiar, os pais fornecem também a continuidade no tempo, talvez uma continuidade desde a concepção da criança até o fim da dependência, que caracteriza o término da adolescência.

→ fim da dependência = fim da adolescência

INSTINTOS

A chave para a saúde na primeira infância (com as ressalvas feitas acima sobre os resíduos das fases primitivas) é o INSTINTO. Por esta razão, é necessário examinar de perto o instinto e seu desenvolvimento.

Instinto é o termo pelo qual se denominam poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou da criança, e que exigem ação. A excitação do instinto leva a criança, assim como a qualquer animal, a preparar-se para a satisfação quando o mesmo alcança seu estágio de máxima exigência. Se a satisfação é encontrada no momento culminante da exigência, surge a recompensa do prazer e também o alívio temporário do instinto. A satisfação incompleta ou mal sincronizada acarreta alívio incompleto, desconforto, e a ausência de um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigências.

Nesta exposição não há muita diferença entre os diversos tipos de demanda instintiva, e tampouco há muita diferença entre seres humanos e animais. Não é necessário, aqui, entrar em discussão quanto à

→ os momentos de pausa durante duas ondas de impulsos são fundamentais

→ elaboração imaginativa das funções dos órgãos (oral, anal)

ficação dos instintos, nem decidir se há um único instinto ou se eles são dois, ou se existem às dúzias. Tudo isto, no momento, é irrelevante.

No bebê e na criança há uma ELABORAÇÃO IMAGINATIVA de todas as funções corporais (desde que exista um cérebro em funcionamento), e isto é tão mais verdadeiro sobre crianças do que sobre o mais interessante dos animais, que *nunca* é seguro transportar um argumento da psicologia animal para o âmbito humano. É por isto que a psicologia animal é enganosa, a não ser que sua aplicação aos problemas humanos seja feita com a máxima cautela.

Ao estudarmos a excitação instintiva, é bom levar em conta a função corporal mais intensamente envolvida. A parte excitada pode ser a boca, o ânus, o trato urinário, a pele, uma ou mais partes do aparelho genital masculino ou feminino, a mucosa nasal, o aparelho respiratório, a musculatura em geral, ou as axilas e virilhas, suscetíveis a cócegas.

A excitação pode ser local ou geral, e a excitação generalizada tanto pode contribuir para que o bebê se sinta um ser total, quanto ser uma resultante do estágio de integração alcançado no percurso do desenvolvimento.

Uma espécie de clímax pode ser atingido em qualquer lugar, mas em geral ele ocorre em regiões específicas. → *gozo parciais*

Algumas estruturas de excitação revelam-se dominantes, e a elaboração imaginativa de qualquer excitação tende a ocorrer nos termos do instinto dominante. Um fato óbvio: no bebê, é dominante o aparelho responsável pela ingestão, de modo que o erotismo oral colorido por idéias de natureza oral é amplamente aceito como característico da primeira fase do desenvolvimento instintivo.

(É preciso lembrar que todas as outras coisas que poderiam ser ditas a respeito dos bebês não estão sendo ditas, no momento, por uma decisão deliberada, a fim de possibilitar a clareza de exposição.)

Existe uma progressão do tipo de instinto ao longo da infância, culminando na dominância da excitação e da fantasia erótica genital que caracteriza a criança aprendendo a andar, a qual já percorreu plenamente todos os estágios anteriores. No intervalo entre a primeira fase, oral, e a última, genital, há a variada experimentação de outras funções e o desenvolvimento das fantasias correspondentes. As funções anais e uretrais com as fantasias que lhes são próprias dominam de modo transitório, ou mesmo permanentemente, predeterminando assim um tipo de caráter.

→ a sublimação da fase genital coincide com a iniciada capacidade de andar

Existe uma progressão da dominância instintiva, de acordo com as funções envolvidas, e também de acordo com as fantasias:

Pré-genitais
Fálicas
Genitais

Primeiro, encontramos no bebê todo tipo de excitação, e até mesmo excitações genitais localizadas, mas não existe ainda a fantasia de natureza genital. Aqui, macho e fêmea ainda não são necessariamente desiguais. → *genital sem ≠*

Segundo, há o estágio intermediário com o genital masculino ocupando um lugar central, com suas ereções e sensibilizações periódicas. Aqui, o estágio feminino é um fenômeno negativo, e a existência deste estágio marca o divisor de águas entre o bebê do sexo masculino e aquele do sexo feminino. *genital com diferença*

Terceiro, temos o estágio genital, no qual a fantasia se encontra enriquecida por incluir tudo aquilo que no adolescente reaparece em termos de atos masculinos e femininos (tais como penetrar, ser penetrado(a), fecundar, ser fecundado(a)).*

No passado, pensou-se que esta progressão do pré-genital ao fálico e ao genital poderia ser aplicada aos estágios primitivos, de modo que o estágio pré-genital era ele mesmo dividido em:

Fase Pré-genital	oral	oral erótica (sugar)
		oral sádica (morder)
	anal	anal erótica (defecar)
		anal sádica (controlar)
	junto com uretral erótica e sádica como alternativa variável	

Foi feita uma tentativa de subdividir os estágios ainda mais (Abraham). Seria muito pouco inteligente jogar fora todo esse trabalho teórico sobre a vida instintiva infantil. No entanto, é necessário considerar agora o trabalho mais recente que se refere a esta parte da teoria, apesar de, por enquanto, eu optar deliberadamente pela exclusão de outros modos de exposição.

* Em inglês, o particípio passado não tem gênero (*being penetrated*). Em português, é inevitável essa desalegrante duplicidade de gêneros. (N. do T.)

As objeções são as seguintes:

→ a ambivalência surge com a maturação do Eu

(1) Não há certeza de que a fantasia da atividade oral é primeiramente erótica (isto é, sem sadismo, ou pré-ambivalente) e só então sádica, destrutiva e, por assim dizer, ambivalente. É mais correto dizermos que é o bebê que se transforma, sendo *ruthless* ("implacável") no início, e tornando-se mais tarde capaz de *concern* ("preocupação"). A ambivalência tem mais a ver com mudanças no Ego do bebê que com o desenvolvimento do Id (ou dos instintos).

(2) O estágio anal é extremamente variável, e por esta razão é difícil dar-lhe um *status* equivalente àquele das fases oral e genital. Por exemplo, para um bebê, a experiência anal é erótica por estar associada à defecação num momento de excitação. Para outro, há um deslocamento do erotismo oral para a experiência anal receptiva, talvez devido à manipulação anal. E para outro ainda, o elemento central é o controle, por causa do treinamento, ou por causa de uma dor anal (fissura), ou pela ocorrência de uma privação (perda do lugar especial para defecar). *I - erótica II - passivo III - ativo/controle*

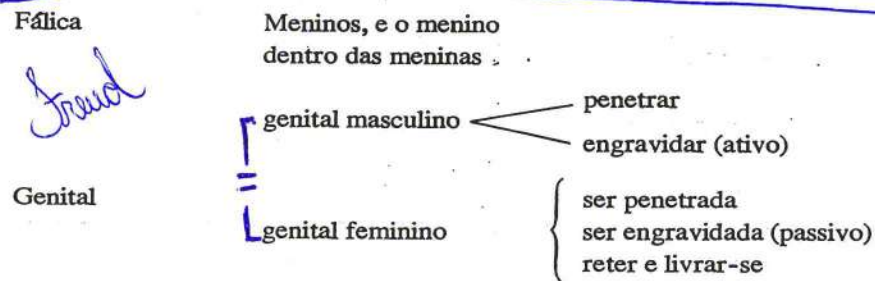
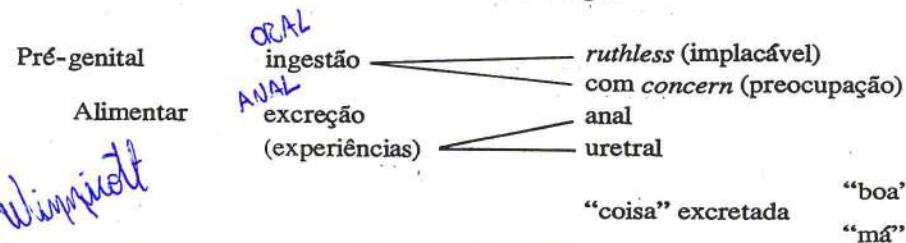
(3) A experiência anal, assim como a uretral, é dominada pela idéia da excreção de alguma "coisa". Essa "coisa" tem uma pré-história. Ela já esteve dentro, e era originalmente um subproduto da experiência oral. Por isso, as experiências anal e uretral implicam em muito mais que apenas um estágio no crescimento do Id, e tanto é assim que não é possível classificá-las e datá-las com precisão. Não obstante, é verdade que no interior daquilo que chamamos de etapa pré-genital no crescimento do Id, o aspecto denominado oral precede os vários aspectos denominados anais (e uretrais).

O erotismo da pele não pode ser incluído neste esquema, visto que, parcialmente, ele consiste numa extensão dos erotismos oral, anal e uretral, e que uma ênfase excessiva sobre a pele envolve um sofrimento do ego que não está sendo examinado nesta parte do trabalho.

[O leitor deve formar uma opinião pessoal sobre estas questões, depois de estudá-las tanto quanto possível através do seu desenvolvimento histórico, que é a única forma de uma teoria, num dado momento de seu progresso, mostrar-se inteligível e interessante.]

Pessoalmente, tenho preferência por este útil diagrama, ainda que

ele não se atenha ao assunto, já que vai além do crescimento do Id, abordando também o desenvolvimento do Ego.



Pode-se verificar que, nas fases da experiência genital madura, o lado feminino da natureza humana apela ao pré-genital de uma forma que o lado masculino não necessita fazer.

Há algo de essencialmente insatisfatório nesta tentativa de classificar os instintos pré-genitais. Isto se deve ao fato de que estamos examinando o bebê a partir do que sabemos sobre a criança que já é capaz de andar, em vez de olhar para o próprio bebê. Mas neste momento, assim fazemos propositalmente. Estamos tentando estudar a criança que já não é mais um bebê, e que deixou de sê-lo de uma forma saudável, e que agora está às voltas com experiências instintivas de natureza genital, levando em conta que o instinto de natureza genital evolui a partir da pré-genitalidade, e que ele deixa marcas, quando há saúde, e distorções, em casos de doença.

Na elaboração imaginativa das funções genitais fica evidente a importância permanente da pré-genitalidade. Mas não é impossível fazer uma distinção acurada entre a fantasia da experiência fálica e a da experiência genital, tanto no menino quanto no menino-dentro-da-menina. Na primeira fase, a ereção é o elemento mais importante. A idéia é de que aí está uma coisa importantíssima, cuja perda seria terrível. A ere-

→ fálica: importância da ereção

→ na fase fálica (1ª) ocorre o amor à mãe, na 2ª surge o desejo de engravidar e penetrar

ção e a sensibilização surgem ou em relação direta com uma pessoa ativamente amada, ou através de idéias de rivalidade, tendo como pano de fundo a pessoa amada. Na segunda fase fálica, há um objetivo mais declarado de penetrar e engravidar, e aqui uma pessoa real é o mais provável objeto do amor. Até que ponto essa pessoa é vista objetivamente é uma outra questão, que será discutida mais adiante.

Sabemos que na fase fálica, o desempenho da criança (o exibir-se) está de acordo com a fantasia, enquanto na fase genital sua performance é deficiente, tendo a criança que esperar (até a puberdade, como sabemos) pela capacidade de realizar seu sonho. Esta é uma diferença importante, pois ela significa que na fase genital o Ego infantil é capaz de lidar com uma tremenda quantidade de frustração. O medo à castração pelo genitor rival torna-se uma alternativa bem-vinda para a angústia da impotência. → Eu temo que ele me castrará, a culpa de eu falhar é dele!

Não demoramos a perceber que a fase genital reúne dentro de si muito do que é pré-genital, e também muito do que não podemos descrever nos termos deliberadamente utilizados agora. Mas aqui o fato mais importante é a ereção como parte de um relacionamento, associada à idéia de provocar mudanças irreversíveis no corpo da pessoa amada.

A idéia da vagina desenvolve-se na criança pequena de um modo fortemente influenciado pelos padrões culturais. A idéia que o menino faz da vagina é dada por seus próprios desejos orais (e anais), e também por algo que corresponde exatamente às sensações e anseios vaginiais, pois os desejos apropriados parecem existir no menino, ainda que lhe falte a abertura propriamente dita.

No que se refere às meninas, há um retorno — bem maior que nos meninos — em direção ao pré-genital, enquanto a genitalidade completa, a gravidez e a capacidade de alimentar ao seio ainda são coisas do futuro distante, exceto em sonhos ou jogos. Tudo isto fica associado à capacidade de identificar-se com a mãe e com a mulher, e nas culturas que promovem desde cedo esta capacidade de identificação (modos de agachar-se, etc.), o “menino-dentro-da-menina” pode dar a impressão de estar ausente. Mas o macho dentro da fêmea está sempre presente e é sempre importante, tendo como resultado uma seqüência de idéias que pode ser descrita pelas seguintes palavras:

Eu tenho um pênis. É claro que vai me crescer um pênis. Eu tive um pênis, estou traumatizada (castigo pela excitação). Posso usar um pênis por procuração, algum macho pode agir por mim.

→ na fase fálica o menino temo falso e a menina não

Vou deixar o macho me usar. Desta forma terei um defeito corrigido, mas terei de reconhecer que dependo do macho para estar completa.* Desta forma descubro minha genitalidade feminina verdadeira.

→ A menina se transforma em mulher na adolescência ou na idade adulta, mas o caminho é mal pavimentado, e oferece muitas oportunidades para o desenvolvimento em termos homossexuais, etc. Por este modo de descrever a sexualidade feminina, fica claro que há muitos motivos para que a menina se sinta infeliz ou magoada quando os irmãos se exibem, fazendo com que ela se sinta inferior. Por vezes, ela tenta corrigir sua inferioridade usando todo o seu corpo como um representante do falo, ou encontrando na sua boneca um falo ao invés de um bebê.** São instáveis, porém, todas as soluções que aceitam plenamente a perda do pênis na fêmea, ou a superioridade do macho em razão do seu falo.

Nossa cultura tende a reforçar estas crenças especialmente ao deixar de dar um nome e uma importância específica para a abertura genital da menininha. Na língua inglesa não existe um nome para o genital masculino, mas há inúmeros termos comumente utilizados nos ambientes onde se cuida de crianças. Não existe, porém, nos mesmos ambientes, qualquer reconhecimento verbal da vagina.***

A identificação imaginativa com o macho enriquece a percepção que a menina faz da função do homem, e eventualmente fortalecerá sua ligação pessoal ao homem que ela vier a escolher.

Obviamente, na análise da neurose em mulheres é necessário reconhecer integralmente a inveja do pênis. Pode ser difícil chegar na análise à inveja do pênis, e mais ainda quando ela é especialmente ativa. E pode ocorrer uma dificuldade suprema no caso de uma mulher que, no início da análise, não possui consciência alguma da inveja do pênis, e que apresenta uma identidade sexual feminina fortemente desenvolvida com base no funcionamento genital feminino, que lhe teria possibilitado até então ser uma boa esposa e ter tido filhos e talvez até netos.

A inveja do pênis como fonte de motivações poderosas na menina

→ pois depende dela p/ ter ereção?

* Na fase fálica, o menino está completo, e na fase genital ele depende da fêmea para se completar.

** Nota para revisão: estabelecer a correspondente inveja do macho pela fêmea.

*** Seria um erro, no entanto, considerar que se trata apenas de uma neurose cultural. Uma cultura que permitisse à garotinha conhecer desde cedo as funções femininas não seria, necessariamente, a melhor amiga da menina.

→ na fase genital o menino precisa do “seio” e precisa da menina. A menina integra o falo, mas tem medo de perder.

e na mulher não pode ser ignorada, mas apesar disto existe sem dúvida uma fantasia e uma sexualidade femininas básicas que têm sua origem na mais remota infância. A vagina torna-se provavelmente ativa e excitável no momento da amamentação e das experiências anais, mas o funcionamento genital feminino verdadeiro tende a permanecer oculto ou até mesmo secreto. Por vezes, o elemento erótico genital torna-se exagerado (como na masturbação compulsiva, que pode ser associada com uma privação mesmo na mais tenra idade, às vezes provocando uma hipertrofia da vulva), mas normalmente a fantasia é da ordem do recolher, do guardar em segredo, do esconder. Em termos anais, há uma dificuldade de separar-se das fezes, e em termos urinários existe a tendência à retenção, mas no que diz respeito à genitalidade, as idéias alcançam sua expressão máxima através da identificação com a mãe ou com meninas mais velhas, que seriam capazes de ter experiências e de conceber. O brincar da menina, na medida em que ela é verdadeiramente feminina, é do tipo que mostra uma tendência à maternidade, e o funcionamento genital feminino propriamente dito não é tão evidente quanto o masculino (tanto em meninos quanto em meninas). Além do mais, o machucar está mais presente nos sonhos ou jogos masculinos que nos femininos.

O jogo "sabe guardar um segredo?" pertence tipicamente ao lado feminino da natureza humana, assim como o lutar e o enfiar coisas em buracos pertencem ao lado masculino. A menina que não sabe guardar segredo não pode ficar grávida. O menino que não sabe lutar ou enfiar um trenzinho no túnel não pode deliberadamente engravidar uma mulher. Nos jogos de crianças pequenas podemos vislumbrar a elaboração imaginativa de suas funções corporais, especialmente num tratamento analítico, no qual entramos em contato muito íntimo com a realidade psíquica da criança, através de sua fala e de seu brincar.

Os leitores habituados à literatura psicanalítica poderão ficar impacientes se estão acostumados a tomar uma declaração teórica e tratá-la como um pronunciamento definitivo, não mais a ser modificado. A teoria psicanalítica está em permanente desenvolvimento, e deve desenvolver-se num processo natural e um tanto semelhante às condições emocionais do ser humano que esteja sendo estudado. Nada exemplifica melhor a necessidade da perspectiva histórica na leitura da teoria analítica do que aquilo que se refere às raízes precoces da genitalidade feminina.*

* Ver Jones, Ernest (1927): "O Desenvolvimento Inicial da Sexualidade Feminina", e Freud, Sigmund (1931): "A Sexualidade Feminina".

O estudo da psiconeurose mostra que é impossível deixar de lado a inveja do pênis e a fantasia do "macho castrado" numa explanação do desenvolvimento da menina. Mas há duas décadas atrás a literatura psicanalítica dava a impressão de que não havia lugar, na teoria da psicanálise, para qualquer outra coisa sobre a genitalidade feminina que não a percepção da mulher como um macho castrado.

De fato, o tipo de pronunciamento apresentado nesta seção a respeito do crescimento do Id é mais adequado para a descrição do elemento masculino que do feminino. A fantasia e o funcionamento femininos repousam muito mais pesadamente sobre raízes pré-genitais, e é possível que haja mais espaço para a participação de elementos pertencentes à menina na categoria chamada *mulher*, do que para os elementos pertencentes ao menino na categoria *homem*.* Além do mais, uma boa descrição de sexualidade feminina necessita de um conhecimento prévio da fantasia que a menina desenvolve a respeito do interior do seu próprio corpo e do da mãe, e isto pertence a um outro modo de apresentação, que tentarei fazer sob o título de "posição depressiva no desenvolvimento emocional". Por estas razões, qualquer descrição da sexualidade feminina deverá, neste momento, ser menos completa do que a da sexualidade masculina enquanto tentativas de descrever, respectivamente, uma mulher e um homem.

Isto, porém, permanece: na saúde, em algum ponto entre os 1,5 e 2 anos, a menina — assim como o menino — está alcançando um estágio que merece ser descrito em termos de relacionamentos interpessoais envolvendo instintos que já passaram pelas fases pré-genitais, e que se tornaram genitais tanto em termos de sua localização corporal, quanto no que diz respeito ao seu tipo de fantasia. A menina tem em mente um homem quando genitalmente excitada, e é o seu pênis que ela genitalmente deseja.

A feminilidade no menino (bem como a masculinidade) também é fundamental, ainda que variável de acordo com a hereditariedade, as influências ambientais pertencentes ao contexto individual e os padrões culturais mais amplos. É necessário distinguir entre a capacidade do menino para se identificar com a mulher quanto à sua genitalidade feminina, e sua capacidade para identificar-se com a mulher quanto ao

* Parece-me que as três mulheres que tantas vezes aparecem em mitos e sonhos não possuem equivalente num trio masculino. Na idéia do relacionamento sexual cada homem é especificamente ele mesmo naquele momento, enquanto no caso da mulher existe, num certo sentido, não uma mulher, mas um trio: uma bebezinha, uma noiva de véu e grinalda, e uma mulher de idade. Este tema é demasiadamente amplo para ser discutido aqui.

→ "Nos jogos de crianças pequenas podemos vislumbrar a elaboração imaginativa de suas funções corporais";

seu papel de mãe. Esta última é mais aceita em nossa cultura do que a primeira, e também é menos problemática para a genitalidade masculina do indivíduo, pois ela diz respeito ao tipo de fantasia mais do que à localização de funções corporais.*

A idéia de que em todos os seres humanos existe uma bissexualidade, especialmente quando nos referimos à fantasia e à capacidade para a identificação, é geralmente aceita. O fator principal que determina o modo pelo qual a criança crescerá é o sexo da pessoa por quem ela está apaixonada na idade crítica, ou seja, no período que estamos agora considerando, entre o desmame e a fase de latência. É muito conveniente quando a sexualidade de uma criança se desenvolve de um modo predominantemente congruente com as características da constituição física, quer dizer, quando um menino é predominantemente masculino, e uma menina predominantemente feminina. No entanto, a sociedade tem muito a ganhar tolerando tanto a homossexualidade quanto a heterossexualidade no desenvolvimento emocional das crianças. Uma forte identificação do menino com a mãe, e até mesmo um comportamento afeminado, podem ter valor quando o desenvolvimento do caráter é satisfatório em outros aspectos. Uma certa masculinidade não só é tolerada nas meninas, como é esperada e até valorizada.

RELACIONAMENTOS AMOROSOS

É possível agora passar ao exame de outros fenômenos que caracterizam este estágio do crescimento.

A base de tudo é o amor que se desenvolve entre a criança e as outras pessoas. Gradualmente, estas pessoas passam a ser vistas como pessoas, mas isto não significa que elas sejam percebidas de modo inteiramente objetivo. Algumas crianças conhecem desde cedo as pessoas como elas são, enquanto outras são mais subjetivas e quase nada vêem, exceto o que estiverem dispostas a imaginar. A criança mais subjetiva corre menos riscos se a figura materna muda; a criança menos subjetiva lucra mais pela percepção das características reais das diferentes pessoas, mas corre um risco maior, pois está sujeita a sofrer mais severamente as consequências de uma perda.

* Nota para revisão: Verificar se está clara a questão da homossexualidade normal e do deslocamento do erotismo oral para o ânus na homossexualidade (manifesta).

Se vemos a saúde como a ausência de doença neurótica (descontada a hipótese da doença psicótica), então a saúde se estabelece na organização do primeiro relacionamento triangular onde a criança é impulsionada pelos instintos de natureza genital recém-surgidos, característicos do período entre os 2 e os 5 anos. É desta forma que, pessoalmente, interpreto o Complexo de Édipo freudiano para os meninos e o que quer que lhe corresponda nas meninas (Édipo invertido, Complexo de Electra, etc.). Acredito que alguma coisa se perde quando o termo "Complexo de Édipo" é aplicado às etapas anteriores, em que só estão envolvidas duas pessoas, e a terceira pessoa ou o objeto parcial está internalizado, é um fenômeno da realidade interna. Não posso ver nenhum valor na utilização do termo "Complexo de Édipo" quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança.

Desta forma, o termo "Complexo de Édipo" possui um valor econômico na descrição da primeira relação interpessoal em que os instintos estão em vigor. Tanto a fantasia quanto o funcionamento corporal estão incluídos. Na fantasia, o alvo é a união sexual entre o filho e a mãe, o que implica em morte, a morte do pai. O castigo acontece através da castração simbólica da criança, representada pela cegueira do antigo mito. A ansiedade da castração permite à criança continuar viva, ou deixar que o pai viva. A castração simbólica traz alívio, e a cegueira mencionada no mito sugere a idéia daquilo que atualmente denominamos "o inconsciente reprimido". Através da castração e do sofrimento, o filho pode alcançar um alívio psicológico, enquanto que, houvesse ele sido morto, não ocorreria o sofrimento, mas ele não estaria em condições de chegar a uma solução, de modo que a tragédia teria se revelado fútil ou improdutivo, um mero dramalhão.*

É aconselhável não confiar demasiadamente no mito de Electra, pois em primeiro lugar é preciso colocar a pergunta: ele é apresentado para ilustrar a sexualidade feminina que se desenvolve num estilo masculino, com a inveja do pênis e o complexo de castração como termos centrais, ou para descrever aquela que se desenvolve mais diretamente a partir da identificação e da rivalidade com a mãe e da elaboração imaginativa da função do órgão genital especificamente feminino? Se é

* Já o Édipo do mito, cedo ou tarde, consegue. . .

→ expressão de idéias e inibição das funções gera a doença

necessário um termo especial, então o "Complexo de Édipo Invertido" é menos prejudicial, pois reivindica apenas a existência de um outro caminho para a menina, e deixa para a imaginação a tarefa de complementar tudo aquilo que pertence a esse tema.

O Complexo de Édipo representa assim a descrição de um ganho em saúde. A doença não deriva do Complexo de Édipo, mas da repressão das idéias e inibição das funções que se referem ao doloroso conflito expresso pelo termo ambivalência, como, por exemplo, quando o menino se percebe odiando e desejando matar e temendo o pai que ele ama e em quem confia, porque está apaixonado pela esposa do pai. Feliz e saudável é o menino que chega precisamente a este ponto de seu desenvolvimento físico e emocional quando a família está intacta, e que pode ser acompanhado em meio a esta constrangedora situação em primeira mão pelos próprios pais, que ele conhece muito bem, pais que toleram idéias, e cujo relacionamento é firme o bastante a ponto de não temerem a tensão sobre as lealdades, criada pelos ódios e amores da criança.

Quando este estágio é alcançado de um modo relativamente aberto (considerando-se um desenvolvimento saudável até então), a criança tornar-se-á capaz de tolerar os sentimentos humanos mais intensos sem construir defesas excessivas contra a ansiedade. As defesas, porém, sempre existirão, e levarão à criação de sintomas. Os sintomas neuróticos são organizações de defesa contra a ansiedade, na verdade contra a ansiedade de castração, ansiedade que surge dos desejos de morte inerentes ao Complexo de Édipo. O anormal aponta para o normal.

os sintomas da neurose, oriundos do conflito ambivalente seriam o "anormal" apontando para o "normal" (o complexo)

autoconsciência

orgasmo físico

CAPÍTULO 2

O CONCEITO DE SAÚDE A PARTIR DA TEORIA DOS INSTINTOS

Alcancamos agora uma posição que nos permite vislumbrar a natureza da criança pequena, do significado de saúde e dos vários fatores — tanto internos quanto externos — que complicam intrinsecamente os processos básicos do desenvolvimento contínuo.

→ fantasias que correspondem qualitativamente às funções corporais

ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DA FUNÇÃO

A base do desenvolvimento saudável é o crescimento físico e também as transformações no funcionamento dos órgãos infantis devidas à passagem do tempo. Ocorre um deslocamento de ênfase, tal como a da dominância dos processos alimentares para a dominância dos fenômenos genitais. A elaboração imaginativa do funcionamento corporal organiza-se em fantasias, que são qualitativamente determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade e da experiência. Dependendo de onde esteja a ênfase, se na ingestão ou na excreção, ou mesmo na excitação genital, a preparação para a experiência orgástica dependerá do tipo de fantasia dominante no momento do clímax, seja este um orgasmo ou uma orgia.

A elaboração imaginativa da função deve ser considerada existente em todos os níveis de proximidade do funcionamento físico propriamente dito, e em todos os graus de distância do orgasmo físico. A palavra *inconsciente*, de acordo com um de seus sentidos,* refere-se à fantasia quase-física, aquela que está menos ao alcance da consciência. No outro extremo da escala encontra-se a consciência-de-si (awareness of the self), e da capacidade pessoal de ter uma experiência funcional ou orgástica. Não pretendo afirmar que minha descrição é satisfatória. É

* Freud, Anna: (1936) *O Ego e os Mecanismos de Defesa*.

→ considerar a elab. imag. em todos os graus de distância do orgasmo físico??

preciso lembrar que nesta seção não estou investigando os problemas da estruturação do self, e sim considerando consumado o fato de que esse self já existe.

Ainda que os primeiros estágios do desenvolvimento emocional tenham sido satisfatórios, permanece a necessidade de um longo período de estabilidade do ambiente para que a personalidade possa chegar a um acordo consigo mesma em todos os níveis de consciência.

A PSIQUE

A psique se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais (que, por sua vez, depende da saúde e capacidade de um órgão específico – o cérebro).

Pode-se dizer com segurança que a fantasia mais próxima do funcionamento corporal depende da função daquela parte do cérebro que, em termos evolutivos, é a menos moderna, enquanto a consciência-de-si depende de [o] funcionamento daquilo que é mais moderno na evolução do animal humano. A psique, portanto, está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com o cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente ou inconscientemente.

A ALMA

A meu ver, a alma é uma propriedade da psique assim definida, dependendo também ela do funcionamento do cérebro e podendo estar sadia ou doente. Reconheço que esta é uma perspectiva pessoal, que se choca com os ensinamentos de quase todos os sistemas religiosos. Assim, é com toda a modéstia possível que mantenho o meu ponto de vista. É muito importante, em termos práticos, que cada ser pensante tome uma decisão pessoal a respeito desta questão, em vista dos modernos tratamentos de distúrbios mentais através da lobotomia, ou seja, da deliberada deformação do funcionamento cerebral *saudável* visando o alívio do sofrimento psíquico.

Àqueles que sustentam o argumento de que a alma é implantada de fora para dentro, em vez de se desenvolver como um atributo pessoal, é natural pensar que a lobotomia não constitui uma violação, sendo assim uma das muitas técnicas para alívio do sofrimento. Para aquele que considera o termo "alma" (se é que ele tem algum sentido) como implicando em algo que cresce no interior do indivíduo, a deliberada deformação da atividade cerebral *saudável* representa um preço alto demais a pagar pelo alívio do sofrimento, visto que ela altera irrevogavelmente a base da existência da psique, afim de incluída a alma; após o tratamento, não resta mais nem pessoa, nem psique, nem alma.

De acordo com o meu ponto de vista pessoal, não se pode alegar que o paciente é auxiliado pela lobotomia, em razão do visível alívio de seus sofrimentos. Pode ser que haja uma falha em meus argumentos, mas a questão é tão séria, que aqueles que se utilizam da lobotomia como terapia deveriam ser capazes de apontar essa falha. Não basta que eles continuem a relatar a remoção de sintomas e a diminuição do sofrimento observável. O alívio do sofrimento não pode ocorrer *in vacuo*; uma pessoa que sofre pode experimentar alívio, mas não me parece possível (a alguém que adote este meu ponto de vista) assumir a responsabilidade por transformar a pessoa que sofre em alguma outra coisa, num ser humano parcial que não sofre, mas que tampouco é a pessoa que foi trazida ao tratamento.

Ao dissecar a personalidade, faço uso do termo psicossoma com a intenção de preservar o relacionamento fundamental que, na saúde, se estabelece e se mantém entre o corpo e a psique. Existe também a mente, uma parte especializada da psique que não está necessariamente ligada ao corpo, embora dependa, evidentemente, do funcionamento cerebral. Damos-nos ao luxo de fantasiar um local, que chamamos mente, onde trabalha o intelecto, e cada indivíduo localiza a mente em algum lugar, onde ele sente um esforço muscular ou uma congestão vascular no momento em que tenta pensar. O cérebro propriamente dito não é utilizado quando se procura imaginar um lugar para a mente, visto que não há consciência de seu funcionamento; o cérebro funciona em silêncio e não reivindica reconhecimento.

psique ≠ mente

→ preparação para satisfação; confinamento do instinto; manter o instinto vivo

ESTADOS TRANQUÍLOS E EXCITADOS

Ao descrevermos uma criança pequena, é útil distinguir entre os estados de excitação e os de não-excitação. Os problemas dos períodos de excitação são claramente determinados pelos instintos, e na linguagem deste capítulo, muito daquilo que ocorre entre uma excitação [e outra] refere-se ou à preparação para a satisfação do instinto, ou à tentativa de mantê-lo confinado, ou à tarefa de mantê-lo vivo de modo indireto através do brincar ou da dramatização de uma fantasia. No brincar, o corpo obtém satisfação ao participar da dramatização, e no fantasiar ele a obtém de forma secundária, pelo fato de no fantasiar ocorrerem excitações somáticas localizadas, assim como há fantasia junto com o funcionamento corporal. A masturbação do tipo saudável, comum e relativamente não compulsiva, também se destina a manter vivo o instinto na ausência de experiências instintivas. Para as crianças há ainda mais certeza quanto à frustração da vida instintiva do que na idade adulta, e é em parte por isso que observamos na infância uma valorização maior do brincar e da imaginação criativa.

Na relação triangular entre pessoas, que neste momento estudamos, a criança é apanhada de surpresa pelo instinto e pelo amor. Este amor envolve mudanças no corpo e na fantasia, e é violento. Um amor que leva ao ódio. A criança odeia a terceira pessoa. Por ter sido um bebê, a criança já conhece o amor e a agressão, e também a ambivalência e o medo de que aquilo que é amado seja destruído. Agora, finalmente, na relação triangular, o ódio pode aparecer livremente, pois o que é odiado é uma pessoa que pode se defender, e que na verdade já é amada; no caso do menino, trata-se do pai, do genitor, do marido da mãe. O amor pela mãe é liberado, nos casos mais simples, porque o pai se transforma no objeto do ódio, aquele capaz de sobreviver, e castigar, e perdoar.

Na saúde, em momentos de excitação máxima, a ansiedade é elevada, mas ainda assim tolerada. Desta forma, é possível à criança recuperar-se da tensão instintiva elevada. É sempre verdadeiro porém, que em consequência de um conflito ou medo fortes demais, torna-se necessário organizar as defesas. A criança neurótica não se mostra muito diferente de uma outra normalmente saudável, a não ser por ter menos consciência do que está acontecendo, e por isso se encontrar mais forte e cegamente defendida contra o revide.

O COMPLEXO DE ÉDIPO

É possível, agora, enumerar as várias defesas que a criança pode, neste estágio, adotar e organizar contra a ansiedade (presumindo-se uma boa passagem pela fase de amamentação). No mais simples dos casos possíveis, que Freud tomou como base para o desenvolvimento de sua teoria, o menino apaixona-se por sua mãe. O pai é utilizado pelo menino como um protótipo da consciência. O menino interioriza o pai que ele conhece, e chega com ele a um acordo. Mas outras coisas também acontecem, e podemos até enumerá-las. O menino perde um pouco de sua capacidade potencial instintiva, negando desta forma uma parte do que ele vinha reivindicando. Até certo ponto, ele desloca o seu objeto de amor, substituindo a mãe por uma irmã, tia, babá, alguém menos envolvido com o pai. E mais, até certo ponto o menino estabelece um pacto homossexual com o pai, de modo que sua própria potência não é mais apenas dele, e sim uma nova expressão da potência do pai, por meio da identificação internalizada e aceita. Tudo isto permanece localizado nos sonhos mais profundos, e não está à disposição do menino para ser expresso conscientemente; mas na saúde, esta impossibilidade não é absoluta. Por identificação com o pai ou com a figura paterna, o menino obtém uma potência por procuração e uma potência adiada mas própria, que poderá ser recuperada na puberdade.

O colapso das defesas leva ao surgimento da ansiedade manifesta, viva, seja em pesadelos, seja em comportamentos diversos. A natureza destas manifestações depende não só da fisiologia do medo,* mas também do tipo de fantasia consciente ou inconsciente.

Estou considerando que a criança às voltas com todos estes riscos é saudável e vive num ambiente relativamente estável, com a mãe feliz em seu casamento, e o pai disposto a fazer sua parte com as crianças, a conhecer seu filho e ter com ele aquele sutil dar e receber tão natural aos pais que, na infância, tiveram uma experiência agradável com seus próprios pais.

A tensão aumenta quando a criança atinge o auge do funcionamento instintivo precoce (em algum lugar entre os 2 e os 5 anos), e então é resolvida, ou melhor, simplesmente arquivada com a passagem

* Existe uma fisiologia do medo, bem como da excitação e do ódio, mas não existe uma fisiologia da ansiedade, já que as manifestações deste fenômeno complexo dependem de um jogo de forças, na fantasia, entre medo, ódio, amor, excitação, etc., e esse jogo é próprio de cada indivíduo.

do tempo. Quando é chegado o assim chamado período de latência, a criança é liberada da tarefa de ajustar-se à tensão do instinto em desenvolvimento, podendo então tranquilizar-se por alguns anos, continuando em seu mundo interno a processar as experiências vividas, observadas e imaginadas na fase anterior, sob o domínio do instinto genital.

Assim, olhando para a infância sob esta perspectiva, e por outros métodos também, vemos dor, sofrimento e conflito, assim como vemos uma enorme alegria.

REENUNCIADO

Freud descrevia estes fenômenos de um modo que atualmente é bem conhecido. Ele chamou os impulsos instintivos de Id, e a parte do self que está em contato com o mundo externo ele denominou Ego. Por muitos anos seu trabalho consistiu em estudar as lutas do Ego contra os impulsos do Id. Isto implicava em que a psicologia passou a defrontar-se com o Id de um modo que nunca ocorrera antes. Por meio de uma técnica que, junto com o paciente, procurava alcançar o inconsciente, (psicanálise) Freud foi capaz de mostrar ao mundo a natureza e a força dos impulsos do Id, ou seja, do instinto. Ele demonstrou que o que estava associado a conflitos e emoções intoleráveis tornava-se reprimido, drenando os recursos do Ego.

Era fácil dizer-se da psicanálise, naquela época, que ela se preocupava apenas com o intragável, e era comum aos que hostilizaram esta nova investigação da natureza humana acreditar que para a psicanálise, o Id e o inconsciente eram exatamente a mesma coisa. No entanto, o que estava sendo examinado eram as tentativas do Ego para conviver com o que nele mesmo havia de Id,* e para tornar-se capaz de usar a energia do Id sem perturbar demasiadamente a sua relação com o mundo e com o Ideal.

Mais tarde (1923) Freud introduziu o termo Superego, para descrever inicialmente o pai internalizado e utilizado pelo menino para controlar o instinto. Freud sabia que o mesmo não poderia ser dito da menina, mas deixou que esta teoria se desenvolvesse em sua mente, acreditando que com o tempo a questão acabasse se resolvendo; em minha opinião, foi o que aconteceu. Atualmente, a formulação de

* Na teoria psicanalítica, o Ego é visto como uma parte do Id.

Freud é considerada excessivamente simples. Mas a clareza com que ele descreve o estágio alcançado pelo menino saudável, que se torna capaz de construir em seu interior um ideal baseado na idéia de uma pessoa real — o pai verdadeiro — um homem que ele conhece bem na vida real e com quem ele pode chegar a um acordo em sonhos, na realidade interna ou na fantasia mais profunda, conserva seu inegável valor. Isto tudo é possível apenas quando o desenvolvimento da criança prossegue saudavelmente num ambiente familiar estável.

Com a introdução do conceito de Superego, ficou mais claro (do que em seus escritos teóricos anteriores) que a intenção de Freud estava voltada para os problemas do Ego, para a ampliação da consciência do Ego, para os ideais e objetivos do Ego, e para suas defesas contra os impulsos do Id. Mas esta foi sempre a preocupação de Freud, e o valor da psicanálise teria sido anulado se a utilização anterior de um termo como o Superego houvesse adiado a desconfortável tarefa de apresentar ao Ego da humanidade o seu Id.

O conceito de Superego tornou-se mais amplo com o tempo, mas basicamente ele é utilizado para descrever o que quer que seja construído, incorporado ou organizado no interior do Ego para fins de controle, orientação, estímulo ou apoio. O controle não se refere, apenas, diretamente aos instintos, mas também aos complexos fenômenos do Ego que dependem da recordação de experiências instintivas e suas respectivas fantasias. Estas questões serão discutidas, de todo modo, numa seção posterior que trata da “posição depressiva” no desenvolvimento.

Na linguagem da seção atual, o clímax do desenvolvimento emocional é alcançado entre os 3 e 4 anos de idade. A criança já está, então, inteiramente estruturada numa unidade capaz de ver os que estão em volta como pessoas totais. Nessa situação, a criança é capaz de ter experiências sexuais genitais, exceto pelo fato de a procriação física da criança humana estar sujeita a um adiamento até a puberdade. Como consequência deste fenômeno endocrinológico de adiamento, o assim chamado período de latência a criança deve extrair o máximo proveito da identificação com os pais e outros adultos, e deve utilizar as possibilidades de experimentação no decorrer dos sonhos e das brincadeiras, das fantasias com ou sem a inclusão do corpo e dos prazeres corporais obtidos sem a ajuda de outras pessoas. A criança deve empregar os tipos de experiência pré-genital e genital imatura que estão ao seu alcance, e deve valer-se ao máximo do fato de que a passagem do tempo, algumas horas ou por vezes alguns minutos, traz alívio para praticamente

→ 3 e 4 anos, chega ao período genital, ocorre por volta dos 5 a latência, que perdura até a puberdade

tudo, por intolerável que pareça, desde que alguém familiar e compreensivo esteja presente, mantendo a calma quando o ódio, a raiva, a ira, o desespero ou a mágoa parecem ocupar o universo inteiro.

A sexualidade infantil é algo bem real, podendo estar madura ou não à época em que as transformações da latência aparecem trazendo alívio. Se a sexualidade de uma criança é imatura, perturbada ou inibida ao final deste primeiro período de relacionamentos interpessoais, assim ela ressurgirá imatura, perturbada ou inibida na puberdade.

A SEXUALIDADE INFANTIL

Freud percebeu que a sexualidade genital provinha do pré-genital, e chamou a vida instintiva de sexual, exceto onde ela se destinava à autopreservação. Foi criado, assim, o termo "sexualidade infantil", e muitos teriam preferido que Freud não tivesse insistido nesta parte de sua teoria.

Em minha opinião pessoal, foi importante Freud ter ido até o fim na busca das origens da sexualidade genital madura ou adulta, chegando até a sexualidade genital infantil, e mostrando as raízes pré-genitais da genitalidade infantil. Estas experiências instintivas pré-genitais constituem a sexualidade infantil. É muito fácil modificar um conceito a fim de não ofender ninguém, mas ao mesmo tempo pode-se estar jogando fora um princípio de importância vital. O termo "sexualidade infantil" poderia ter sido relegado à descrição dos exercícios compulsivos de certas crianças privadas de cuidados e amor, ou seriamente perturbadas na capacidade de se relacionar. Seu valor, no entanto, é muito maior para descrever os primórdios de todo o desenvolvimento da vida instintiva. Foi desta maneira que Freud utilizou o termo. Ainda assim, as opiniões individuais a respeito desta questão terminológica continuarão divergentes.

É possível e saudável para uma criança de 4 anos estar na fase de relacionamento interpessoal, com pleno uso dos instintos, e com uma vida sexual integral (exceto pelas limitações biológicas acima descritas).

-> crianças que vivem brigas entre os pais nessa época podem reprimir fantasias edípicas por suspeitar que elas causarão danos?

REALIDADE E FANTASIA

A criança saudável torna-se capaz de ter sonhos plenamente genitais. Nos sonhos por ela lembrados podem ser encontrados todos os tipos de trabalhos do sonho cuidadosamente formulados por Freud. No sonho sem lembrança e sem fim são enfrentadas todas as conseqüências da experiência instintiva. O menino que toma o lugar do pai não pode evitar o confronto com:

A idéia da morte do pai, e portanto de sua própria morte.

A idéia da sua castração pelo pai, ou da castração do pai.

* A idéia de se tornar inteiramente responsável pela satisfação da mãe.

A idéia de um compromisso com o pai, numa linha que perpassa a homossexualidade.

Nos sonhos das meninas, não podem ser evitadas:

A idéia da morte da mãe e conseqüentemente a da sua própria morte.

A idéia de estar roubando da mãe o seu marido, seu pênis, seus filhos, e como resultado, a idéia de sua própria esterilidade.

A idéia de ver-se à mercê da sexualidade do pai.

* A idéia de um compromisso com a mãe numa linha que perpassa a homossexualidade.

Quando os pais existem, e também uma estrutura doméstica e a continuidade das coisas familiares, a solução vem através da possibilidade de distinguir entre o que chamamos de realidade e fantasia. Ver os pais juntos torna suportável o sonho de sua separação ou da morte de um deles. A cena primária (os pais sexualmente juntos) é a base da estabilidade do indivíduo, por permitir que exista o sonho de tomar o lugar de um dos pais. Isto não impede que a cena primária, a visão real do intercurso, provoque na criança uma tensão máxima (por ocorrer a uma grande distância das suas necessidades emocionais), e venha a ser traumática, de forma a fazer com que a criança forçada a testemunhá-la passe a desenvolver uma doença. As duas afirmativas são necessárias, evidenciando tanto o valor quanto o perigo da cena primária.

Mesmo pais que em outros níveis tendem a ser satisfatórios, podem facilmente falhar na criação de seus filhos por não serem capazes de distinguir claramente entre os sonhos da criança e os fatos. Pode ocorrer de eles apresentarem uma idéia como se fosse um fato, ou reagir impulsivamente a uma idéia como se esta fosse um ato. Na verdade, é possível que eles tenham mais as idéias que os atos. A maturidade implica, entre outras coisas, na capacidade de tolerar idéias, e quem é pai ou mãe precisa desta capacidade, que na melhor das hipóteses faz parte da maturidade social. Um sistema social maduro (se por um lado faz certas exigências no tocante à ação) permite a liberdade das idéias e sua livre expressão.* A criança só aos poucos alcança a capacidade de distinguir entre sonho e realidade.

A criança saudável não consegue tolerar inteiramente os conflitos e ansiedades que atingem seu ponto máximo no auge da experiência instintiva. A solução para os problemas da ambivalência inerente surge através da elaboração imaginativa de todas as funções; sem a fantasia, as expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma bruta seriam a regra. A fantasia prova, deste modo, ser a característica do humano, a matéria-prima da socialização, e da própria civilização.

O INCONSCIENTE

A idéia central em toda esta descrição da criança saudável e da criança neurótica (não psicótica), é a idéia do inconsciente, e os exemplos específicos do inconsciente chamado "inconsciente reprimido".

A ação mais importante do tratamento psicanalítico é aquela exercida junto a pacientes psiconeuróticos, e consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente. Isto é conseguido principalmente por meio da revivência que ocorre na relação entre o paciente e o analista. O psiconeurótico funciona, aparentemente, a partir da consciência, sentindo-se pouco à vontade com o que se encontra fora do alcance da mesma. O desejo de conhecer a si próprio parece ser uma característica do psiconeurótico. Para estas pessoas, a análise traz um aumento da autoconsciência, e uma tolerância maior para com o que é

* Ver Winnicott, D. W. (1950) "Algunas Reflexiones sobre el Significado de la Palabra Democracia" e Money-Kyrle, R. E. (1951) *Psicanálise e Política*. (O artigo de Winnicott está em "La Familia y el Desarrollo del Individuo", Ediciones Hormé, 1980, Buenos Aires.) (N. do T.)

desconhecido. Já os pacientes psicóticos (e as pessoas normais de tipo psicótico), ao contrário, pouco se interessam por ganhar maior autoconsciência, preferindo viver os sentimentos e as experiências místicas, e suspeitando do autoconhecimento intelectual ou mesmo desprezando-o. Estes pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperanças de que lhes seja possível sentir-se reais.

No trabalho psicanalítico, o analista é confrontado cotidianamente com evidências inquestionáveis do inconsciente, quando o paciente traz inesperadamente para a situação analítica aquilo que anteriormente era inconsciente, e mesmo fortemente negado. No relacionamento entre o paciente psiconeurótico e o analista constantemente se faz visível um relacionamento especializado que traz a marca da neurose do paciente, e que representa a sua doença surgindo pouco a pouco. Este fenômeno é denominado "neurose de transferência". A consequência da análise da neurose de transferência é o aparecimento gradual da doença em si mesma, nas condições altamente especializadas e controladas que o analista propicia e sustenta e pelas quais ele se responsabiliza.

O pecado imperdoável na psicoterapia seria o uso, pelo analista, da relação analítica para sua gratificação pessoal. Este princípio é bem semelhante àquele que se encontra na base do juramento original do médico, que proibia o contato sexual com um paciente. Hipócrates mostrou deste modo o quanto ele compreendia, no ano [400] a. C., o valor de se permitir que o paciente traga para a relação profissional padrões que, na verdade, são pessoais e, como diríamos nós, derivados do Complexo de Édipo direto ou invertido, estabelecido originalmente na primeira infância. O que Freud fez, para além disso, foi utilizar a contribuição pessoal do paciente para a relação profissional, numa tentativa organizada de trazer o passado para o presente, e assim criar condições em que podem ocorrer a mudança e o crescimento, onde antes só era possível a rigidez.

Abusar da neurose de transferência seria como seduzir sexualmente uma criança pequena, pois esta não está em condições de fazer verdadeiras escolhas de objeto, não estando ainda livre de um alto grau de subjetividade em suas percepções. Um corolário que daí surge é o de que, para um paciente que foi sexualmente seduzido na infância, torna-se muito difícil acreditar e confiar num analista exatamente naquele ponto onde o analista melhor faria seu trabalho. Deve ser assi-

nalado que a análise da psicose de tipo esquizóide* é essencialmente diferente da análise do psiconeurótico, porque a primeira exige que o analista seja capaz de suportar a regressão real à dependência, enquanto a segunda necessita de algo diferente: da capacidade para tolerar idéias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência, etc.) e para compreender processos, e também para demonstrar essa compreensão pela expressão adequada através da linguagem (a interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente). Uma interpretação correta e oportuna no tratamento analítico produz uma sensação de estar sendo fisicamente seguro, que é mais real (para o não-psicótico) do que se ele estivesse sendo concretamente embalado ou posto no colo. A compreensão penetra mais fundo, e através da compreensão demonstrada pelo uso da linguagem, o analista embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos.

SUMÁRIO

Na saúde existe, portanto, maturidade no desenvolvimento do instinto, alcançada a grosso modo aos 5 anos, ou seja, antes do fato biológico da latência. Na puberdade, os padrões de desenvolvimento instintivo e de organização defensiva contra a ansiedade, que estiveram presentes no período anterior à latência, reaparecem e determinam em grande parte o padrão e a capacidade instintiva do adulto. Se a organização defensiva contra a ansiedade é mais evidente que os instintos, seu controle consciente e sua influência sobre a ação e a imaginação, o quadro clínico é mais de psicose do que de saúde.

O crescimento continua a ocorrer enquanto a pessoa está viva, especialmente se a pessoa é saudável, mas em termos da qualidade dos instintos, sua disponibilidade e controle, e suas limitações neuróticas, o crescimento é relativamente menor depois do formidável movimento para a frente comprimido para dentro dos primeiros anos de vida, quando a família (normalmente) fornece o contexto ideal para que tal crescimento ocorra. Isto é verdade apesar de ocorrerem grandes mudanças na época da puberdade, com transformações endocrinológicas que

tornam a procriação, pela primeira vez na vida do indivíduo, parte integrante da função genital real.

Estes assuntos, que dizem respeito ao analista em seu trabalho sessão após sessão com os pacientes psiconeuróticos, são importantes para os que estudam a natureza humana. No entanto, é verdade que para aqueles que não estão se preparando para exercer a psicanálise (a maioria de meus leitores), os fenômenos do desenvolvimento instintivo e das defesas contra a angústia de castração serão de pouca importância prática. Se uma criança tem uma fobia, na prática pouco valerá para o professor saber o que seria encontrado se a criança fizesse uma análise, principalmente se levarmos em conta que a análise raras vezes é viável.

Ainda assim, para todos aqueles a quem foi confiado o cuidado de crianças, é útil possuir toda a compreensão que esteja ao seu alcance, pois no trabalho com crianças pequenas é certamente importante um conhecimento das razões pelas quais um contexto estável é essencial. Forças poderosíssimas estão em franca atividade. Entre os 2 e os 5 anos cada criança terá que se entender com a hereditariedade, os instintos, peculiaridades do próprio corpo, e fatores ambientais bons e maus. Ao mesmo tempo, ela está ocupada construindo relacionamentos pessoais, simpatias e antipatias, uma consciência pessoal, e esperanças para o futuro.

MAPA DA PSICOLOGIA DO MENINO EM TERMOS DA TEORIA DOS INSTINTOS

	amor à mãe	
ódio ao pai		matar ou morrer
nem matar	fantasia* –	castrar ou
nem morrer	fator tempo	ser castrado
	angústia de castração (intolerável)	

* Nota para revisão: desenvolver na direção da sobrevivência do objeto; origem da fantasia como em "O Uso de um Objeto". (Winnicott chega, em 1969 (pouco antes de morrer) à solução do mistério: a agressividade é reativa ou inata? Ele afirma que: 1 – é inata; 2 – nada tem a ver com o ódio; 3 – é parte do amor primitivo, que devora (e assim destrói); 4 – tem como consequência (se não há retaliação) destruir o objeto subjetivo e perceber, no objeto do mundo externo, algo dotado de vida própria que, afinal, pode ser utilizado (nada a ver com "exploração"). Ver também o item 5, parte C, pág. 80, em *Limite e Espaço*, de M. Davis e D. Walbridge, Imago, Rio. Ver também Nota da pág. 99. (N. do T.)

* Psicoses do tipo maníaco-depressivo não fazem parte deste comentário.

DEFESAS CONTRA A ANSIEDADE – AMEAÇA DE CASTRAÇÃO

Inibição do instinto (fonte do amor).

Abandono do objeto, aceitação de substituto.

Identificação com o rival; perda da identidade pessoal.

Compromisso homossexual com o rival (passivo).

Regressão do instinto ao pré-genital.

(amor mantido, mas ameaça de castração evitada, utilização de pontos de fixação ruins).

Regressão à dependência.

(amor mantido, maturação abandonada, utilização de pontos de fixação bons).

Reconhecimento da culpa, organização da expiação (obsessiva).
(donde o crime é permitido).

Repressão parcial do amor (ou do ódio).

(manutenção da inconsciência)

consequência: desgaste de energia e perda da capacidade de amar (ou odiar).

Na saúde, a criança é capaz de empregar cada uma ou todas estas defesas (além de outras) contra a ansiedade. A ansiedade não é o anormal, tanto quanto o é a incapacidade da criança de utilizar várias defesas, ou a tendência especial para utilizar uma única.

COLAPSO DAS DEFESAS

Ansiedade:

pesadelos ou ataques de ansiedade

novas defesas:

exploração de manifestações somáticas de ansiedade com ganho secundário (cf. regressão à dependência)

anestesia em vez de repressão;
perda do prazer no clímax corporal

Confusão:

confusão generalizada entre excitação e ansiedade

novas defesas:

ordem destinada a esconder a confusão (obsessiva)

Retorno do reprimido:

reaparecimento temporário do amor (ou do ódio), sem pleno reconhecimento

novas defesas:

repressão mais profunda com prejuízos maiores.

E assim por diante.

PARTE III
ESTABELECIMENTO DO
***STATUS* DE UNIDADE**

INTRODUÇÃO

DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL CARACTERÍSTICO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

↳ teoria do Winnicott

Na seção precedente, o método de estudo da natureza humana foi determinado pela discussão dos instintos e da progressão dos tipos de dominância instintiva. Muito do que será exposto a seguir refere-se à criança no estágio anterior ao da dominância genital. O estudo dos relacionamentos interpessoais já possui uma linguagem própria, com um conjunto de termos provenientes do trabalho pioneiro de Freud, e agora incorporados ao uso corrente.

Nesta seção, que trata do desenvolvimento emocional característico da fase de lactação, será utilizado um método descritivo diferente. A criança não será vista como já tendo estabelecido uma relação triangular, mas sim como estando no estágio em que é capaz de formar um relacionamento com apenas um outro (a mãe). Novamente será necessário partir da certeza de que houve um desenvolvimento saudável nas fases anteriores, aquelas que serão examinadas na parte IV. Alguns pontos que até aqui estiveram ausentes serão agora considerados, como por exemplo a idéia de *valor* na criança em desenvolvimento. A idéia de valor não é paralela à idéia de saúde, mas existe uma ligação entre elas. O valor pode aumentar em qualquer idade, assim como pode diminuir; pode inclusive ocultar-se e permanecer fora do alcance, de modo semelhante ao instinto – que pode ser inibido, e da fantasia – que pode ser reprimida.

Estou descrevendo agora o estágio de desenvolvimento em que o bebê se torna uma unidade, passando a ser capaz de sentir o self (e portanto os outros) como um inteiro, uma coisa com membrana limitadora, e dotado de um interior e um exterior. Isto, como afirmei anteriormente, responde pela totalidade do desenvolvimento que conduz até este sentimento de ser um.

Os conceitos da seção anterior eram conceitos intelectuais na

mente do observador. Eu havia adotado os conceitos de consciência, de inconsciente e de inconsciente reprimido. Em vez disso, agora seria mais proveitoso utilizar um diagrama, que bem pode ser um desenho infantil. Digamos que uma criança estivesse enchendo um papel de rasciscos, num movimento de vaivém, e passeasse com o lápis sobre o papel de um lugar a outro, escapando às vezes para fora do papel, por falta de controle; em algum momento, surge algo novo, uma linha que acaba por juntar-se com o seu início, formando um círculo um tanto impreciso. A criança aponta e diz: "pato", ou mesmo "Pedrinho" ou "Joana". O diagrama de que precisamos é, de fato, a noção que a criança tem do self, uma esfera, que num desenho bidimensional é representada por um círculo. *mas não perfeito*



A criança alcança gradualmente a posição que estou agora examinando. Caracteristicamente, neste estágio ocorre um progresso nos seguintes termos:

Surge a idéia de uma membrana limitadora, e daí segue-se a idéia de um interior e um exterior. Em seguida desenvolve-se a idéia de um EU* e de um não-EU. Existem agora conteúdos do EU que dependem em parte de experiências instintivas. Desenvolve-se a possibilidade de um sentimento de responsabilidade pela experiência instintiva e pelos conteúdos do EU, e um sentimento de independência em relação ao que está fora. Surge um sentido para o termo "relacionamento", indicando algo que ocorre entre pessoas, o EU e os objetos. A consequência é o reconhecimento de que há algo equivalente ao EU na mãe, o que implica em senti-la como uma pessoa; o seio, então, é visto como parte de uma pessoa.

* No original, ME e not-ME. (N. do T.)

CAPÍTULO 1

A POSIÇÃO DEPRESSIVA

CONCERN, CULPA E REALIDADE PSÍQUICA PESSOAL INTERNA

Paralelamente a tudo isto desenvolve-se a discriminação entre os dois estados, o tranquilo e o excitado. O "ataque" impiedoso ao objeto, deflagrado pelo instinto, cede lugar a um crescente reconhecimento da mãe como a pessoa que cuida do EU, ao mesmo tempo que é a pessoa que oferece uma parte de si para ser comida. Gradualmente vai ocorrendo uma integração entre a forma tranqüila de relacionamento e a forma excitada, e o reconhecimento de que ambos os estados (e não apenas um) constituem uma relação total com a mãe-pessoa. É a isto que se denomina "A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional", um estágio importante que envolve o bebê em sentimentos de culpa, levando-o a preocupar-se com os relacionamentos, em razão de seus componentes instintivos ou excitados.

As ansiedades da criança são de uma complexidade muito elevada. Existe não só a preocupação quanto aos efeitos sobre a pessoa da mãe por causa dos elementos instintivos no relacionamento entre o EU e ela, duas pessoas, (culpa); mas também a preocupação quanto às mudanças internas que decorrem das experiências de excitação, e de experiências matizadas pela raiva ou motivadas pelo ódio (ansiedade hipcondríaca). (É preciso acrescentar ainda a ansiedade chamada paranóide, que será discutida em separado).

É fácil perceber a tremenda quantidade de crescimento que ocorre nesta progressão da *ruthlessness* até o *concern*, da dependência do EU ao relacionamento do EU, da pré-ambivalência à ambivalência, da dissociação primária entre os estados de tranqüilidade e excitação à integração destes dois aspectos do self.

O bebê se vê às voltas com uma tarefa que exige de forma absoluta tanto tempo quanto um ambiente pessoal contínuo. A mãe-pessoa sustenta a situação no tempo, enquanto o bebê busca um caminho para al-

- O BB começa a se defrontar com a ambivalência de sentimentos e com o medo dos próprios instintos

- A raiva mãe se pode recorrer através int. como também int.

→ a mãe precisa sustentar a situação no tempo para que o B.B. encontre o caminho

cançar a "posição depressiva", pois na ausência dos cuidados pessoais e contínuos da mãe esse desenvolvimento não pode ocorrer. A resolução desse processo acontece da seguinte maneira:

Podemos considerar axiomático o fato de que o bebê humano é incapaz de suportar o peso da culpa e do medo resultantes de um reconhecimento pleno de que as idéias agressivas contidas no amor instintivo primitivo e implacável estão dirigidas à mesma mãe da relação de dependência (anacrítica). Além disso, a criança ainda não progrediu o bastante para fazer uso da idéia de um pai interventor, que tornaria as idéias instintivas mais seguras. A resolução da dificuldade inerente ao estar vivo nesta etapa provém da capacidade para fazer reparações desenvolvida pela criança. Se a mãe sustenta a situação dia após dia, o bebê tem tempo para organizar as numerosas conseqüências imaginativas da experiência instintiva e resgatar algo que seja sentido como "bom", que apóia, que é aceitável, que não machuca, e com isto reparar imaginativamente o dano causado à mãe. Na relação comum entre mãe e bebê esta seqüência de machucar-e-curar se repete muitas e muitas vezes. Gradualmente, o bebê passa a acreditar no esforço construtivo e a suportar a culpa, e assim tornar-se livre para o amor instintivo.

Deste modo, enquanto no início a mãe aceita um alto grau de dependência como natural, o bebê saudável vive independente do pai, que por sua vez é absolutamente necessário para proteger a mãe, pois de outro modo o bebê se tornará inibido e perderá a capacidade para o amor excitado. O benefício é percebido clinicamente na capacidade do bebê saudável de se deprimir, de carregar sentimentos de culpa até o momento em que a elaboração imaginativa dos últimos acontecimentos no inconsciente tenha produzido o material para alguma coisa construtiva no relacionamento, no brincar ou no trabalho.

Provavelmente, a expressão "posição depressiva no desenvolvimento emocional normal" foi utilizada porque nessa etapa o estado de espírito depressivo foi clinicamente constatado. Isto não significa que o bebê normal atravessa um estado de *doença depressiva*. A doença depressiva no bebê* é de fato um estado anormal, que em geral não ocorre em circunstâncias de bons cuidados pessoais normais. Em condições favoráveis, portanto, o bebê se torna capaz de separar o que é bom e o

* Ver Spitz, R. A [(1945): "Hospitalismo"]

→ o B.B. precisa conseguir manter o ruim dentro de si para daí ter um processo de integração

que é mau no interior do self.* Surge então um estado interno de grande complexidade. Amostras do seu funcionamento aparecem no brincar e especialmente no consultório durante a psicoterapia. Na psicoterapia de uma criança pequena, a sala de brinquedos muitas vezes representa a pequena psique da criança, e o analista é assim admitido ao mundo interno da criança, onde há uma tremenda disputa entre diversas forças, onde reina a magia, e onde o que é bom é constantemente ameaçado pelo que é mau. O mundo interno da criança provoca uma sensação enlouquecedora em quem nele entra. Daquilo que ali podemos observar, deduzimos os elementos que compõem o mundo interno dos bebês.

O que é mau é retido por algum tempo, para ser usado em expressões de raiva, e o que é bom é retido para servir ao crescimento pessoal, bem como à restituição e à reparação, e para fazer o bem ali onde imaginativamente havia sido feito um mal.

É claro que estou me referindo principalmente aos sentimentos e idéias inconscientes da criança, aos conteúdos da psique que existem para além dos esforços intelectuais que a criança faz para compreender.

Com a mãe (ou mãe substituta) presente e disponível, quer dizer, com o bebê ainda situado num ambiente adequado para bebês, começa lentamente a formar-se um momento de reparação (*mending*), um momento no qual o bebê utiliza a capacidade que vinha se desenvolvendo nas últimas horas de contemplação ou digestão. Pode ser que o bebê faça algo concretamente (um sorriso, ou um gesto espontâneo de amor, ou o oferecimento de um presente — um produto da excreção — como sinal de reparação e restituição). O seio (corpo, mãe) está agora reparado, e o trabalho do dia se completa. Os instintos de amanhã podem ser aguardados com um medo menor. "Sufficient unto the day is the evil thereof".**

No humor depressivo, pode-se dizer que o bebê (ou criança, ou adulto) amortece toda a paisagem interna, permitindo que um controle

* As palavras bom e mau são heranças do passado longínquo; são também úteis para descrever os extremos do que qualquer bebê sente ocorrer dentro de si mesmo — quer se trate de forças, objetos, sons ou cheiros. Não me refiro aqui ao uso destas palavras por pais ou babás que pretendem impor ao bebê uma moralidade.

Tudo que se encontra nesta seção provém do meu próprio trabalho. Muita coisa se baseia no que recolhi dos escritos e ensinamentos de Melanie Klein, e da supervisão que dela recebi. Em muitos aspectos, minha forma pessoal de dizer as coisas é diferente da dela, e estou consciente de que ela discorda de certos detalhes da minha exposição. Não foi meu propósito, entretanto, apresentar suas idéias com precisão, como já o fizeram ela própria, Isaacs, Heimann, Segal e outros. Minha intenção principal, neste ponto, é a de deixar claro meu total reconhecimento.

** "A cada dia basta o seu fardo". Mateus, 6; 34. (N. do T.)

desça sobre ela, como uma nuvem, uma cerração ou uma espécie de paralisia. Isto torna possível (com o tempo) a gradual suspensão do controle mágico, permitindo que os resultados da experiência se organizem, pouco a pouco, até que o humor melhore, e o mundo interno da criança volte a viver.

Existe um outro tipo de depressão, aquela das pessoas esquizóides. Esta resulta mais da despersonalização que do mecanismo mais normal de controle mágico, cuja intenção é curar. O humor depressivo que estou descrevendo está intimamente relacionado ao luto normal, e a toda a questão da reação à perda.* O desmame é algo que adquire sentido depois (e não antes) de o bebê alcançar a posição depressiva.

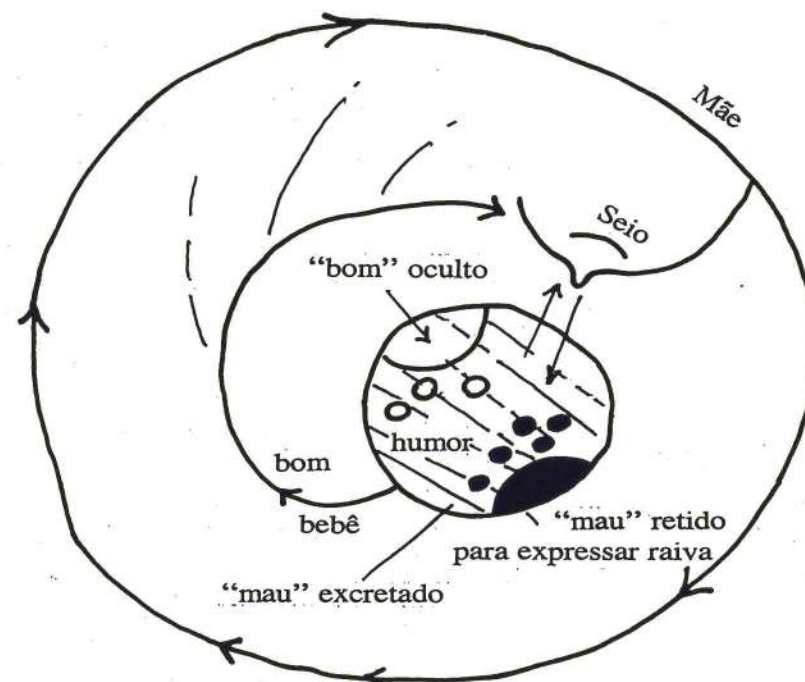
Como resultado do êxito das idéias e atos reparadores, o bebê torna-se mais audacioso ao permitir-se novas experiências instintivas; a inibição diminui e isto leva a consequências ainda mais ricas da experiência instintiva; surge, assim, uma tarefa ainda maior para a próxima fase de digestão ou contemplação, mas quando o bebê conta, felizmente, com a existência de um cuidado materno contínuo e pessoal, ele cria uma capacidade de reparação também maior, e a isto se segue um novo patamar de liberdade na experiência instintiva. Deste modo, estabelece-se um círculo benigno, que forma a base para a vida do bebê por um longo período.

Podemos compreender com facilidade, neste momento, quão importante é a continuidade do relacionamento entre o bebê e a mãe verdadeira (ou sua substituta). Numa instituição, onde a "mãe" que alimenta de manhã não é a "mãe" que dá o banho e arruma à tarde, a capacidade diária do bebê de fazer a reparação é desperdiçada, e o círculo benigno não pode ser construído. Pior ainda, quando a própria alimentação é impessoal e mecânica (e isto pode ocorrer inclusive no próprio lar), não há espaço para o desenvolvimento aqui descrito.

O desenvolvimento da capacidade para o *concern* é portanto um assunto complexo, e depende da continuidade do relacionamento pessoal entre o bebê e uma figura materna.

A característica marcante desta teoria do círculo benigno na posição depressiva é a de que ela comporta em seu interior o fato de que na saúde, o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles. Não devemos esquecer que, na

DIAGRAMA I



Tempo: A mãe sustenta a situação ○○○ objetos bons

●●● objetos maus

infância, a capacidade de reparação é muito limitada – se excluirmos a pronta aceitação, pela mãe, da dádiva simbólica – se a compararmos à capacidade do adulto para contribuir socialmente através do trabalho. No entanto, os impulsos agressivos e destrutivos do bebê são tão intensos quanto os do adulto. Disto se poderia deduzir, se já não o soubéssemos, que a criança é mais dependente que o adulto do amor oferecido por outros, o que leva um sorriso ou um ínfimo gesto a valer tanto para a criança quanto um dia de trabalho para o adulto.

Repetindo mais uma vez: não é possível a um ser humano suportar a destrutividade que está na base dos relacionamentos humanos, ou seja, do amor instintivo, exceto por meio de um desenvolvimento gradual associado às experiências de reparação e restituição. Quando o círculo benigno é rompido ocorre que:

* Esta parte da teoria psicanalítica foi desenvolvida com base em *Luto e Melancolia*, de Freud.

- (1) o instinto (ou capacidade de amar) terá que ser inibido; *por destrutivo*
- (2) reaparece a dissociação entre o bebê excitado e a mesma pessoa quando tranqüila; *mas há continuidade*
- (3) o sentimento de tranqüilidade não fica mais ao alcance, e *ansioso*
- (4) a capacidade para brincar (e trabalhar) construtivamente é perdida.

Na verdade, a potência e a aceitação da potência não podem ser descritas somente em termos de desenvolvimento instintivo. Numa descrição teórica do desenvolvimento da capacidade sexual, não é suficiente falar-se apenas em termos de progressão do instinto dominante, já que a esperança na possibilidade de recuperar-se da culpa causada pelas idéias destrutivas é um elemento de importância vital no que diz respeito à potência.*

A natureza dos impulsos e idéias destrutivos será discutida mais tarde. O impulso do amor primitivo talvez seja destrutivo quanto ao seu objetivo, ou talvez a destrutividade provenha de inevitáveis frustrações que interferem com a satisfação imediata (ver págs. 99, 153-56).

A assim chamada "posição depressiva" de modo algum deve ser considerada uma questão que só diz respeito aos teóricos e psicoterapeutas. Pais e professores também se preocupam com o processo de estabelecimento desse círculo benigno. É verdade que este processo se inicia quando o bebê tem apenas alguns meses de idade, período em que a mãe sustenta a situação, fazendo-o bem e com naturalidade, mesmo sem muita consciência do que faz. Este mecanismo vital de crescimento prossegue a sua marcha. O professor que fornece à criança os instrumentos e as técnicas para o brincar construtivo e o trabalho, e também um objetivo para o esforço através da avaliação pessoal, está na mesma posição de importância ou necessidade daquele que cuida de um bebê. A pessoa que cuida do bebê, e o professor não menos que aquela, estão disponíveis para receber o gesto espontâneo de amor da criança, capaz de neutralizar suas preocupações, remorsos ou culpa, surgidos em consequência das idéias que se desencadeiam no auge da experiência instintiva.** Isto será reexaminado no estudo das influências ambientais, às págs. 173 e segs.

* Ver Klein [1932, 1934] e também Henderson, D. K. e Gillespie, R. D.: [1940]: potência em compasso de espera por um estado depressivo.

** Será mais do que justo dizer que muitos psicanalistas não são favoráveis à utilização do conceito da "posição depressiva". É bem conhecido o fato de que um analista de grande renome (Edward Glover) acredita tão firmemente que a idéia da posição depressiva representa um passo em falso, que desligou-se da British Psycho-Analytical Society, embora tenha mantido sua filiação individual à International Psycho-Analytical Society.

* *objetos relacionados também são incorporados*

A aceitação da posição depressiva (tenha ela este ou outro nome) no constructo teórico implica em novas e importantes maneiras de encaminhar a descrição da natureza humana.

O mundo interno ou realidade interna do bebê é constituído por três elementos:

- (1) Experiências instintivas propriamente ditas

a. Satisfatórias	boas
b. Insatisfatórias, complicadas por raiva devida à frustração	más
- (2) Objetos incorporados (experiências instintivas)

a. No amor	bons
b. No ódio	maus
- (3) Objetos ou experiências interiorizadas magicamente

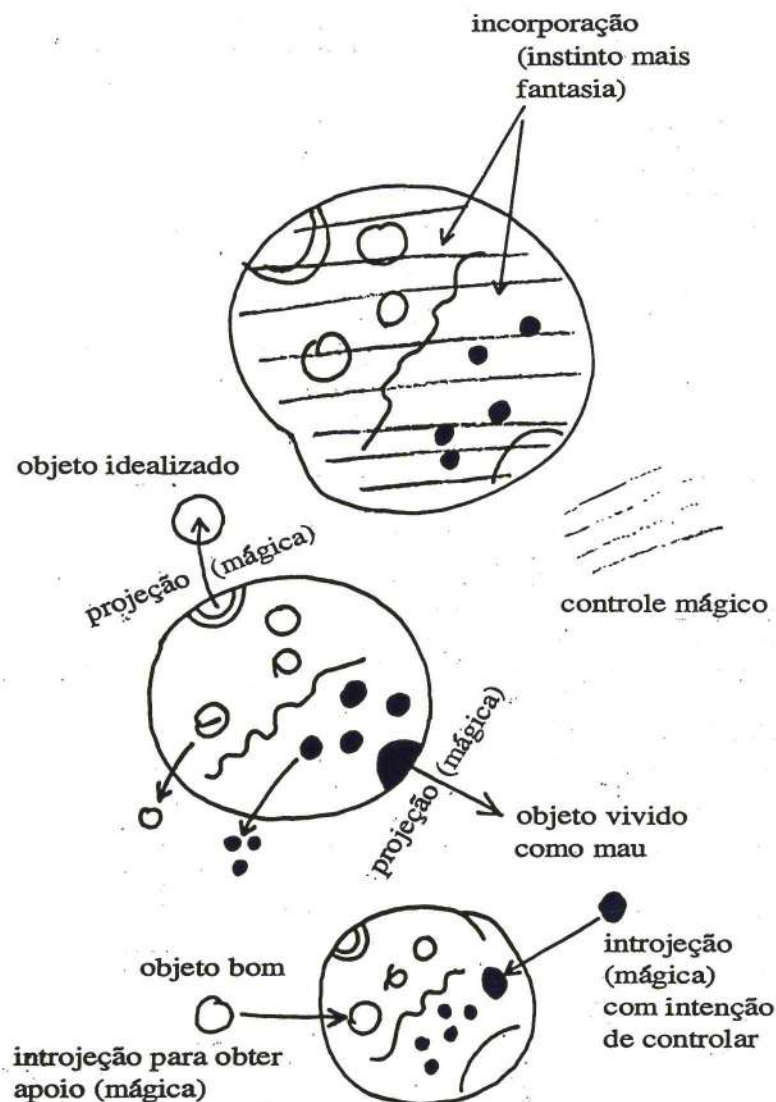
a. Para controlar	mau potencial
b. Para usar como enriquecimento ou controle	bom potencial

Nenhum diagrama é satisfatório, exceto temporariamente e apenas para a pessoa que o constrói. Cada leitor poderá fazer, naturalmente, um diagrama capaz de descrever o quer quer que esteja sendo discutido na sua própria linguagem.

Existem diagramas que eu considero muito úteis para o trabalho prático (diagrama 2).

Pode-se notar que o resultado da incorporação funcional do "seio bom" provoca um aumento inespecífico, generalizado, de bondade interna. Por outro lado, a introjeção do "seio bom" (reconhecível) evidencia sua prévia idealização, e a introjeção neste caso é mágica e não uma parte da experiência instintiva. Aqui há uma importante lição para a professora, já que mesmo em seu trabalho mais bem-sucedido ela não será reconhecível em seus alunos, que irão, por assim dizer, incorporá-la e às suas lições, e crescerão para além delas. Por contraste, haverá uma certa introjeção mágica da professora e de suas lições quando ocorrer uma idealização, e isso poderia parecer até bastante simpático, mas a desvantagem é que o aluno não terá crescido no verdadeiro sen-

DIAGRAMA 2



tido da palavra. Geralmente, numa sala de aulas, existe a feliz mistura desses dois tipos de ensino e aprendizagem.

Durante o período de contemplação (depois de uma refeição) existe uma suspensão do instinto e a necessidade de que haja um controle externo das intrusões ambientais. Q voltar-se para dentro da fase hipocondríaca acarreta uma certa vulnerabilidade, e isto significa que para que esta fase seja possível o bebê deve ser cuidado de um modo suficientemente bom.

No interior da pessoa agem forças tremendas quando, por haver saúde, existe a plena vitalidade. Para termos uma idéia do que ocorre durante o trabalho de reorganização interna após a experiência instintiva, devemos nos remeter às obras dos artistas que (em razão de sua técnica excepcional e sua confiança no próprio trabalho) conseguem alcançar a quase totalidade da força que existe na natureza humana. Um quarteto de cordas de Beethoven da última fase, ou as ilustrações de Blake para o livro de Job, ou uma novela de Dostoiévski ou a história política da Inglaterra, mostram-nos uma parte da complexidade do mundo interno, o entrelaçamento do bem e do mal, a manutenção do que é bom na reserva e o controle, ainda que com total reconhecimento, do que é mau. Estas coisas surgem com força total no mundo interno do bebê (localizado por ele na barriga), embora seja verdade que no decorrer do tempo, enquanto a experiência de vida se torna mais rica, o mundo interno também se torna mais e mais rico em conteúdos. As forças básicas e o conflito, no entanto, estão presentes desde o início, assim que as experiências instintivas se encontram ao alcance do bebê.

Gradualmente, do interior do mundo interno surge uma espécie de padrão, uma ordem a partir dos caos. Esse trabalho não é mental nem intelectual, mas uma tarefa da psique. Está intimamente relacionado à tarefa da digestão, que também se realiza à margem do entendimento intelectual, o qual pode ocorrer ou não.

O bebê que alcançou a estabilidade neste estágio está agora em condições de livrar-se de algo, manter ou reter aquilo outro, dar tal coisa por amor ou tal outra por ódio. Outra consequência do processo de reorganização interna é a possibilidade de experimentar uma espécie de continuar vivendo, mas vivendo no interior da psique (imaginada como estando na barriga). Deste momento em diante, o crescimento não é apenas do corpo e do self em relação a objetos tanto externos quanto internos; é também um crescimento que se desenrola no interior, como uma novela que vai sendo escrita ao longo do tempo, um mundo de-

envolvendo-se no interior da criança. Na saúde existem inúmeras oportunidades de intercâmbio entre essa vida no mundo interno e o mundo externo, no qual se vive e em que há relacionamentos. Cada um enriquece o outro. (O que ocorre na doença será descrito mais tarde. Ver págs. 101 e segs. e págs. 115 e segs.).

A POSIÇÃO DEPRESSIVA: RECAPITULAÇÃO

A. Considerando todo o desenvolvimento anterior como realizado e bem-sucedido:

B. O bebê ou a criança começam em algum momento a sentir que o self tem dimensões limitadas:

C. O self é sentido cada vez mais firmemente como uma unidade:

D. Um objeto externo ao self é sentido como uma coisa inteira:

E. Este sentimento de integridade do self remete ao mesmo tempo ao corpo e à psique, de modo que no desenho que a criança faz de um círculo como um auto-retrato não há discriminação entre corpo e psique:

(Estou presumindo a figura da mãe sustentando a situação, dia após dia, semana após semana.)

F. Acrescentada a esta totalidade de natureza espacial, surge uma tendência semelhante para a integração do self no tempo. Uma convergência de passado, presente e futuro:

G. A situação agora é propícia para um relacionamento com novas facetas, novas quanto ao fato de o bebê ou a criança ter se tornado capaz de ter experiências e de ser modificado por elas, apesar de conservar a integridade, a individualidade e o ser pessoais.

H. Fases excitadas no relacionamento, nas quais os instintos estão presentes, testam a estrutura recém-desenvolvida, especialmente quando o bebê está no seu estado tranqüilo, entre excitações, e contempla os resultados da idéia ou da ação excitada.

I. O bebê se torna *preocupado (concerned)* de duas formas:

1) quanto ao objeto do amor excitado.

2) quanto às conseqüências no self da experiência excitada.

Estas duas possibilidades estão inter-relacionadas porque é apenas no momento em que o bebê se torna capaz de desenvolver um self estruturado, dotado de riqueza interna, que o objeto amado também passa a ser sentido como uma pessoa estruturada e valiosa.

J. A preocupação com o objeto amado surge a partir dos elementos agressivos, destrutivos e vorazes no impulso de amor primitivo, que é gradualmente assimilado ao self como um todo (juntando-se à personalidade no decorrer do tempo). A criança agora se torna responsável pelo que aconteceu na última refeição e pelo que acontecerá na seguinte.

O impulso primitivo era implacável (ruthless), do ponto de vista do observador. Para o bebê, o impulso primitivo é anterior à piedade ou consideração, e só é sentido como implacável quando a criança finalmente integra a si própria numa única pessoa responsável e olha para trás. A partir do momento em que a integração é alcançada (mas não antes), a criança controla os impulsos instintivos por causa das ameaças ao seu movimento implacável, que provoca uma culpa intolerável – ou seja, o reconhecimento do elemento destrutivo na idéia excitada primitiva e bruta.*

A culpa pelos impulsos amorosos primitivos representa uma conquista do desenvolvimento; ela é grande demais para ser suportada pelo bebê a não ser através de um processo gradual que se segue ao estabelecimento do círculo benigno descrito anteriormente. Ainda assim o impulso de amor primitivo continua a fornecer as bases para as dificuldades inerentes à vida, ou seja, dificuldades próprias das pessoas saudáveis, mais que daqueles que não puderam atingir a “posição depressiva” no desenvolvimento, esse fenômeno específico que permite a ex-

* Muitos afirmam que o impulso primário excitado não é destrutivo, e sim que a destrutividade passa a fazer parte da elaboração imaginativa através da raiva provocada pela frustração. Uma parte fundamental desta teoria, no entanto, é a onipotência do bebê, de modo que o resultado acaba sendo o mesmo. O bebê sente raiva já que a adaptação à necessidade nunca é completa. No entanto, pessoalmente considero que essa teoria, apesar de correta, não é básica, já que a raiva contra a frustração não surge suficientemente cedo. No momento, encontro-me diante da necessidade de admitir a existência de uma agressividade primária e um impulso destrutivo, que é indistinguível do amor instintivo, apropriado ao estágio muito precoce de desenvolvimento do bebê.

[Acrescentado em] 1970: N.B. Esta é a razão que me impediu de publicar este livro. A questão acabou por resolver-se, para mim, em “O Uso de um Objeto”. (No livro *O Brincar e a Realidade*, Ed. Imago, 1975).

periência plena da preocupação (*concern*). Os psicóticos são portadores de distúrbios derivados de um estágio ainda mais precoce e básico. Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida — o tratamento bem-sucedido de um psicótico permite que o paciente comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida.

Provavelmente, o maior sofrimento no universo humano é o sofrimento das pessoas normais ou saudáveis ou maduras. Isto não é geralmente reconhecido. A dor, a agonia e a perplexidade manifesta observadas num hospital para doentes mentais nos dariam sem dúvida um falso indicador. No entanto, é muito freqüente os graus de sofrimento serem avaliados deste modo superficial.

K. Preocupação quanto às conseqüências das experiências instintivas para o self.

RECONSIDERANDO A REPRESSÃO

O conceito de repressão essencial a esta teoria da natureza humana, formulada com base na progressão dos instintos dominantes, pode ser agora ilustrado utilizando-se a própria imaginação do bebê. Podemos dizer que certos objetos incorporados, ou relações entre objetos, ou certas experiências introjetadas tornam-se como que enquistadas, cercadas por poderosas forças de defesa que as impedem de serem assimiladas ou de alcançar uma vida livre em meio a tudo aquilo que existe no interior do self.

O bebê ou a criança nunca está livre de dúvidas sobre o seu self, já que a tarefa da organização interior jamais se completa, e tudo aquilo que é completado é perturbado pela próxima experiência instintiva.

Portanto, existe um enriquecimento da fantasia a partir de cada nova experiência, e o fortalecimento do sentimento de realidade da experiência. Quando o corpo está envolvido nessas experiências, utilizamos termos como incorporação, excreção ou evacuação, termos que abarcam as idéias de uma elaboração psíquica e de um funcionamento corporal. Quando o perigo proveniente da situação interna é grande, a expressão das funções ou instintos não pode esperar por oportunidades propiciadas pela realidade externa, e então têm lugar processos mais mágicos, para os quais utilizamos os termos “introjeção” e “projeção”.

sem mão do contato com o real para
resolver a situação

LIDANDO COM FORÇAS E OBJETOS MAUS

O fenômeno interno mau que não pode ser controlado, contornado ou excluído transforma-se num empecilho. Ele se transforma num perseguidor interno e é sentido pela criança como uma ameaça que vem do interior. Frequentemente, ele se transforma numa dor. A dor causada por doenças físicas é possivelmente investida das propriedades que denominamos persecutórias. É possível tolerar dores muito intensas, se estas estiverem separadas da idéia de forças ou objetos internos maus. Por outro lado, numa situação em que há a expectativa de uma perseguição interna, até mesmo ligeiras desordens ou sensações corporais muito pequenas podem ser sentidas como dor; em outras palavras, estas condições provocam o rebaixamento do limiar de tolerância à dor.

Os elementos persecutórios podem se tornar intoleráveis, sendo então projetados, percebidos ou encontrados no mundo externo. Ou existe uma tolerância limitada, caso em que a criança espera por uma situação de verdadeira perseguição vinda do mundo externo, reagindo a ela de forma exagerada, ou então não há tolerância alguma, e a criança alucina um objeto mau ou persecutório; ou seja, um perseguidor é magicamente projetado, e reencontrado no mundo externo ao self de forma delirante. Assim, quando existe a expectativa de perseguição, uma perseguição real produz alívio, um alívio devido ao fato de que o indivíduo não precisa se sentir louco ou delirante.

Clinicamente, é comum encontrar esses dois estados alternadamente, ou seja: a perseguição interna (alguma condição intolerável com ou sem base em processos de doença física) e o delírio relativo a uma perseguição externa, com alívio temporário das queixas sobre problemas físicos internos.

Existe um estado clínico no qual a criança está, por assim dizer, a meio caminho entre ser e não ser capaz de manejar ou livrar-se dos maus objetos através da excreção, e fica com um medo excessivo do elemento persecutório que existe nas fezes para poder completar o processo. O sintoma manifesto é normalmente a constipação, com as fezes (endurecidas por terem sido desidratadas enquanto estavam no reto) representando o perseguidor. À época em que esta teoria foi primeiramente proposta*, não se sabia que o perseguidor começava a perseguir

* [Ophuijsen, J. H. W. Van: (1920) "On the Origin of the Feeling of Persecution".]

ainda na barriga, e que na verdade extrafa sua qualidade persecutória dos impulsos orais sádicos.

Freqüentemente acontece que os pais (e os médicos, enfermeiras ou babás) têm medo das fezes. Esse medo aparece sob forma de um insistente esvaziamento do reto da criança, seja por meio de laxativos, ou por lavagem ou supositórios. Uma criança tratada dessa maneira não terá a menor oportunidade de chegar a um acordo com as idéias persecutórias de uma forma natural. Por outro lado, a ação dos pais leva facilmente à superestimulação anal; desta forma o ânus torna-se superenfatuado como órgão erótico e se apodera do erotismo que pertence à boca. O ânus, nestas circunstâncias, pode se tornar mais importante para o seu dono como um órgão receptivo aceitável do que como um repassador ou canal de saída do material que não tem mais utilidade, e portanto potencialmente persecutório.

O conhecido interesse da criança pelas fezes e também por substitutos das fezes, inclusive pelo destino da fezes no sistema geral de esgotos, deriva sua força da qualidade potencialmente persecutória existente nas fezes. Algo equivalente a isso pode ser dito em relação à função urinária.

Quando a função genital está plenamente estabelecida, o sêmen também pode receber um potencial persecutório. Neste caso é preciso livrar-se dele ou ele danificará o interior do corpo. Assim, o sêmen é visto como mau e não poderá ser percebido pelo homem como capaz de levar à concepção de uma criança na mulher amada (mesmo quando ele o é, e a criança saudável que resultou desse fato está ali, diante dos seus olhos). Uma forma mais branda de manifestação deste fenômeno explica a preocupação (concern) do homem saudável pela mulher que ele engravidou, ou seja, o seu sentimento de paternidade.

Na mulher, o equivalente a isso é o sentimento de que o homem só tem a oferecer elementos persecutórios, dos quais ele próprio tem medo, e ela, então, só pode tratar de evitar ser usada pelos esforços do homem para se desvencilhar dos seus conteúdos ruins. Desta maneira, resíduos dos conflitos internos não resolvidos podem causar interferências na potência sexual.

RIQUEZA INTERNA E COMPLEXIDADE

O mundo interno pode agora ser visto como algo capaz de se tornar infinitamente rico, mas talvez não infinitamente complexo; a complexidade é algo que cresce naturalmente e isto tem um fundamento bastante simples.

O estudo do modo pelo qual a psicoterapia de um tipo ou de outro afeta o mundo interno de uma pessoa pode lançar uma luz interessante sobre o funcionamento do mundo interno em geral, e sobre o relacionamento que o indivíduo mantém com o mesmo.

A "posição depressiva" é importante para todos aqueles que se interessam por seres humanos de qualquer idade. Esses assuntos que também dizem respeito ao desenvolvimento emocional muito primitivo não são fenômenos de interesse apenas teórico. Eles são e continuarão a ser a tarefa básica de cada ser humano pela sua vida afora. As tarefas permanecem as mesmas, mas à medida que o ser [humano] cresce e se desenvolve, torna-se cada vez mais individual, engajado na verdadeira luta que é a vida.*

* [Neste ponto foi deixada uma nota manuscrita no texto datilografado:] *Desmame*. Incluir aqui o artigo sobre desmame.

[É possível que esta nota dissesse respeito ao capítulo "Desmame" (1949) que agora se encontra em Winnicott, D. W.: *A Criança, A Família e O Mundo Exterior*.]

[Uma nota à margem deste parágrafo dizia: "Re-escrever".]

CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO DO TEMA DO MUNDO INTERNO

*↳ afetado tanto pelas relações
externas quanto pelas
pulsões*

INTRODUÇÃO

Nesta descrição, o mundo interno é o mundo pessoal na medida em que ele é mantido na fantasia, no interior das fronteiras do ego e do corpo limitado pela pele. Este mundo interno pode agora ser analisado como algo em si mesmo, ainda que, naturalmente, na vida real o mundo interno de uma pessoa esteja sempre sujeito a mudanças devidas aos acontecimentos gerados nos relacionamentos externos daquela pessoa, e também aos impulsos instintivos que atingem o clímax, ou que o fazem apenas parcialmente ou que falham inteiramente em alcançar a satisfação.

O mundo interno é dotado de uma estabilidade própria, mas as mudanças que nele ocorrem estão relacionadas a experiências do self global no mundo dos relacionamentos externos. Experiências insatisfatórias* levam à existência e ao fortalecimento de coisas e forças sentidas internamente como más. Enquanto não são contidas ou vencidas ou eliminadas, elas agem como perseguidores internos. A criança sabe de sua existência e ameaça por uma sensação de dor ou doença, ou pela diminuição do limiar de tolerância ao desconforto sensorial.

O MODO DE VIDA PARANÓIDE

Os conjuntos de perseguidores que se constituem em ameaças grandes demais e que não podem esperar até serem excretados (em combinação com experiências instintivas) devem ser eliminados através da projeção, ou seja, magicamente. Se existe algo que pode ser percebido como mau no mundo externo imediato, esse algo se torna um perseguidor, e o

* O sentido de "insatisfatório" será discutido mais tarde (ver págs. 127 e seguintes e págs. 147 e seguintes).

sistema paranóide da criança fica escondido atrás da reação a essa ameaça externa real. Se nada de ruim está ao alcance, a criança precisará alucinar um elemento perseguidor e fabricar um delírio sobre as conseqüências persecutórias. Os indivíduos lentamente aprendem como levar o mundo a persegui-los, de modo a poderem obter alívio da perseguição interna sem estarem expostos à loucura do delírio.

É interessante observar o quanto o modo de vida paranóide pode aparecer cedo, clinicamente falando. A condição de "perseguição esperada" pode se desenvolver depois que a criança viveu alguns anos sem nenhuma tendência persecutória aparente; em casos desse tipo, entretanto, existe um grande trauma ao qual se atribui a mudança — uma concussão, uma operação de amígdalas — ou uma coincidência fortuita de dois ou três fatores adversos. Muitas vezes é possível, no entanto, fazer um diagnóstico bastante confiável na primeira parte da infância.

O ponto de partida muitas vezes está claro na história do indivíduo, mas a suscetibilidade à perseguição, à suspeita e à animosidade está freqüentemente presente desde o princípio, no momento em que a mãe falhou (nem sempre por uma culpa que lhe possa ser atribuída) em estabelecer a primeira relação com o bebê e em seus esforços iniciais para apresentar o mundo a ele.*

Muitos bebês que parecem apresentar uma disposição hipersensível são levados a um relacionamento mais confiante com o mundo por um cuidado materno prolongado e excepcionalmente adaptado, e muitas vezes é possível, até mesmo com crianças mais velhas sujeitas a fantasias persecutórias, levar a uma melhora de sua condição através da criação de uma situação especializada.

Na psicoterapia, as mudanças profundas necessárias surgem através da liberação do sadismo oral reprimido. Isto só pode ser feito através de um tratamento psicanalítico pessoal e intensivo.

DEPRESSÃO E A "POSIÇÃO DEPRESSIVA"

A depressão como estado de espírito tem muitas causas:

1) a perda de vitalidade devida ao controle do instinto nos primeiros momentos em que a integração começa a funcionar a partir de um estado dissociado.

* Ver adiante págs. 127 e seguintes e págs. 147 e seguintes.

2) a dúvida normal e saudável, o estado de auto-realização* que se segue às experiências instintivas, antes que um período de tempo e de contemplação tenham tornado possível separar o que é bom do que é mau e organizar o padrão temporário que permite lidar com os objetos, forças e fenômenos internos.

3) a depressão que surge como um estado de espírito quando a dúvida sobre os fenômenos internos é grande demais, a ponto de ser necessário adotar como defesa a descida de um véu obscurecedor sobre a vida do mundo interno como um todo. Isto representa uma exacerbação da causa nº 2, alcançando o grau de um estado patológico.

É preciso notar que há outros sentidos importantes para o termo clínico depressão. E o conceito da assim chamada "posição depressiva" como um estágio normal do desenvolvimento nos ajuda a elucidá-lo (por exemplo, a depressão que deriva da despersonalização).

A depressão na infância é um fenômeno clínico que já foi bastante bem descrito e não é muito raro; existem no entanto algumas condições mais propriamente físicas que devem ser lembradas quando se procede a um diagnóstico diferencial (a doença de Pink,** por exemplo).

Klein (de acordo com o meu ponto de vista) não afirmou que os bebês normais entram num estado clínico de humor depressivo, ainda que ela soubesse que na doença eles podem vir a fazê-lo. Ela afirmou que a capacidade de se deprimir, de apresentar uma depressão reativa, de sofrer um luto por uma perda não é inata, nem constitui uma doença; é alcançada como uma conquista do crescimento emocional saudável, e existe um momento no desenvolvimento de cada bebê saudável em que é possível dizer que esta capacidade ainda não foi alcançada. O nome "posição depressiva no desenvolvimento emocional" foi dado a este estágio do desenvolvimento, e se for encontrado um nome melhor, é perfeitamente legítimo utilizá-lo. O importante é a capacidade do bebê ou do indivíduo de aceitar a responsabilidade pela intenção destrutiva no impulso amoroso total, incluindo a raiva pela frustração, que é inevitável por causa das exigências infantis onipotentes.

→ quando não houve um período de contemplação responsável
→ a depressão apresenta o perigo de efeitos mais intensos surgidos das relações amorosas - de preocupar com as consequências

* No sentido que esta palavra tem em inglês, que é o de "dar-se conta", "perceber a realidade de algo". (N. do T.)

** [Envenenamento por chumbo].

A DEFESA MANÍACA

Uma certa seriedade, uma razoável dúvida sobre o self, a necessidade de uns tantos períodos de contemplação, e a possibilidade de sentir um desalento temporário são essenciais ao desenvolvimento sadio. Essas condições podem se transformar temporariamente numa espécie de oposto, como um feriado é o oposto do trabalho.

Na saúde, a depressão é potencial, pertence ao âmago da personalidade e se constitui numa evidência de saúde. Essa depressão torna-se manifesta na capacidade para uma certa seriedade, e também por meio de dúvidas que podem facilmente tomar a forma de uma vaga doença física. Ela também aparece na forma da depressão negada, que está oculta na felicidade e na incansável atividade e vivacidade geral, associadas em nossas mentes à idéia da primeira infância; normalmente, na vida total da criança, o jogo maníaco-depressivo surge e desaparece na vivacidade infantil pontuado por momentos de extrema aflição ou frustração interrompidos por fases de extrema alegria.

O humor deprimido dificilmente aparece como tal, exceto no caso específico da criança que sofreu uma privação*. Geralmente, a depressão se esconde por trás de algum tipo de mal-estar que é resolvido pela solicitude materna. A negação da depressão se esconde por trás do exagero da vivacidade. O diagnóstico mais freqüente na clínica pediátrica é o de "agitação ansiosa comum", que corresponde à condição de "hipomania" nos adultos e que aponta para a negação da depressão mais profunda. Pode-se dizer que a conquista da capacidade para se deprimir se encontra ameaçada, e que a criança faz por onde reter essa capacidade pela organização de uma negação da mesma. A alternativa seria um grave retrocesso no desenvolvimento emocional para um estado que existia antes da integração, e portanto antes da conquista da "posição depressiva"; em outras palavras, a loucura.

Ao observarmos crianças mais velhas, encontramos a doença maníaco-depressiva organizada, muito parecida com aquela que se manifesta em adultos, mas aqui estamos diante de algo raro, ou seja, a doença organizada. A agitação ansiosa comum (hipomania) é (por contraste) um estado clínico que pode ser encontrado em qualquer criança normal, e não existe uma fronteira nítida entre este estado e a labilidade.

* Deprivação: ver Nota Introdutória à Tradução, pág. 9. (N. do T.)

de tão comum nos primeiros anos da criança, um período da vida no qual às lágrimas se misturam grandes alegrias, e a alegria é diluída muitas vezes pela mágoa.

O elemento central negado na defesa maníaca é a morte no mundo interno, ou um entorpecimento que a tudo abarca; já a ênfase na defesa maníaca recai sobre a vida, a vivacidade, a negação da morte como fato básico da vida.

Entendermos a relação entre as flutuações do estado de ânimo e o núcleo central da capacidade para o *concern* é utilíssimo para a compreensão do comportamento infantil normal tanto em casa quanto na escola.

→ interpretação não transferen.

CAPÍTULO 3

DIFERENTES TIPOS DE MATERIAL PSICOTERÁPICO

Ao realizar um tratamento psicanalítico, estamos constantemente em busca de indícios sobre quais seriam as fontes principais do material apresentado para interpretação.*

Neste ponto poderá ser útil ao leitor considerar os tipos de material apresentados pelos pacientes em análise. Esse material pode ser classificado, ainda que ao conduzir um tratamento o analista esteja sempre disposto a aceitar uma mistura. Em primeiro lugar é necessário indicar o modo pelo qual o tratamento começa, de maneira a diferenciá-lo com precisão da ludoterapia (terapia através do brinquedo) e das atividades de grupo de todo gênero. Na psicanálise (excluída a análise adaptada às necessidades do paciente psicótico) o tratamento começa quando é dada a primeira interpretação, trazendo para a consciência algum elemento do material apresentado, capaz de ser explicitado mas não inteiramente aceito pelo paciente!

Por exemplo: um menino de 3 anos pega três tijolos e forma um túnel. Então pega dois trens e faz com que colidam no interior do túnel; interpretação: Dentro de você as pessoas se encontram e você pega elas e faz elas se arrebentarem ou segura elas separadas; você está me contando sobre o papai e a mamãe e sobre a maneira que eles amam um ao outro ou brigam e você se sente deixado de lado. (Este menino desenvolveu um ataque agudo de asma no momento em que bateu os trens um contra o outro, e a interpretação, dada neste caso após 3 minutos do começo da análise, imediatamente provocou a cessação do ataque.) Pode-se notar que esta não é uma interpretação de transferência; na condição de analista eu simplesmenteaturei aquele momento tão inicial, aproveitando a confiança nas pessoas que o menino havia trazido com ele. O menino trouxe para o tratamento certas expectativas baseadas nas atitudes dos pais, às quais ele já estava acostumado, e talvez esti-

* Nota para revisão: a psicanálise começa com o paciente + → desenvolver o tema do processo de cooperação inconsciente, crescimento e uso da intimidade, auto-revelação, "surpresas".

vesse também influenciado pelo que lhe haviam dito sobre o tratamento. Ainda assim, no momento em que fiz essa interpretação, o tratamento começou e todo o material subsequente foi influenciado pelo fato de que eu havia entrado na vida do menino como um ser humano que podia colocar as coisas em palavras, lidar objetivamente com a situação cheia de sentimentos, e que podia tolerar o conflito e ver o que é que já estava pronto para se tornar consciente, e portanto aceitável pelo paciente como um fenômeno do self.

Neste caso particular, se a interpretação não tivesse sido feita, o menino teria ido para casa com a asma e o tratamento teria falhado no início. Em muitos casos, entretanto, não há pressa; a criança tem uma idéia sobre o tratamento que pode ser utilizada pelo analista, enquanto ele junta informações antes de decidir-se sobre o tipo de interpretação que melhor colocará em movimento o trabalho profundo do tratamento.

A cooperação do paciente na maioria das vezes é inconsciente, mas o tipo de material apresentado depende da linguagem do analista. O paciente (mesmo jovem) sente prazer quando vê o analista trabalhando com facilidade, e na maioria das vezes pode ser muito facilmente deslumbrado.*

O material de análise (de crianças ou adultos) pode ser grosseiramente classificado em tipos:**

- Edução*
- 1) relacionamentos externos tais como se dão entre pessoas totais.
 - 2) amostras do mundo interno e variações sobre o tema da fantasia, localizada tanto no interior quanto no exterior.
 - 3) material intelectualizado sobre o qual é possível fazer algum trabalho, mas que precisa ser repetido de outra maneira, acompanhado de sentimentos, na relação transferencial.
 - 4) material cujo tema central indica a debilidade estrutural do Ego e a ameaça de perder a capacidade de se relacionar, e também a ameaça de irrealidade e despersonalização.

1) A análise deste material se processa de acordo com a linguagem utilizada na primeira seção, com a interpretação do consciente prestes a emergir na situação transferencial; a matéria-prima da análise é a expe-

* No sentido etimológico de "tirar a luz", "cegar". O termo "seduzir" (o paciente) é utilizado no Brasil neste mesmo sentido. (N. do T.)

** Nota para revisão: Acrescentar a classificação através do número:

riência instintiva e a fantasia, que é elaborada em torno da função física. E o objetivo do analista é a diminuição quantitativa da força da repressão. As condições especiais do setting analítico permitem ao paciente organizar e socializar o novo potencial resultante da diminuição da intensidade da repressão.

Como exemplo desse material, tomarei um detalhe da análise do mesmo menino anteriormente citado. Certa ocasião ele subiu as escadas para o consultório avisando-me: "Eu sou Deus". Ficou claro que eu seria utilizado como a pessoa má que iria ser castigada. Rapidamente, ele manobrou a situação a fim de se colocar em pé sobre uma mesa no centro do consultório, enquanto eu estava suficientemente longe para poder impedir que ele me pegasse de surpresa. Apesar do cuidado especial que eu estava tomando, vi-me atingido entre os olhos por uma varinha que ele havia trazido escondida. Ele se havia identificado com uma pessoa poderosa e severa de seu mundo interno, e estava me usando para representar a si mesmo como o filho dentro do triângulo edipiano, e eu deveria então ser morto. Aqui novamente a interpretação teria que ser dada com muita rapidez, antes de quaisquer considerações secundárias, tais como a idéia de que ele deveria estar arrependido por me machucar. No material propriamente dito não havia lugar para a culpa ou o remorso. Material semelhante, de natureza menos ansiosa, já me havia mostrado o sentido exato daquilo que ocorreu naquele tenso instante, e em outras ocasiões os papéis haviam sido invertidos, situações em que sua ansiedade fora muito grande. Poderia dizer-se a respeito desse material, assim como de qualquer outro, que até um certo ponto esta era uma amostra de seu mundo interno. De qualquer maneira, ele consistia basicamente numa expressão de sua fantasia inconsciente dentro do relacionamento interpessoal, em que tanto ele quanto eu éramos pessoas totais.

2) Como exemplo de material proveniente do mundo interno apresentado em análise, descreverei o brincar de uma criança no qual a mesa é usada de forma específica, e em que o brincar fica, no momento, confinado aos limites da própria mesa. É óbvia a existência de um mundo não representado nessa amostra. Ainda assim, a vida se expressa aqui como se fosse o capítulo de uma novela sendo escrita. Há figuras boas e más sendo representadas, e também representantes de todos os mecanismos de defesa característicos do mundo interno de uma criança que já atingiu a integração e que já assumiu a responsabilidade por uma seleção de memórias, sentimentos e instintos que constituem o self. 1

possível que estejam acontecendo ali coisas violentas e que os limites sejam ultrapassados, mas a ruptura dos limites é importante como um fenômeno em si mesmo. Freqüentemente uma criança pede que o consultório seja escurecido. Fica então bastante óbvio que o analista se encontra no interior da criança, e ali desempenha um papel após outro, de acordo com as instruções dadas pela criança. O mundo é governado pela magia, e o controle mágico é representado pelas instruções verbais da criança que controla o analista, e que transfigura os objetos do consultório e altera as regras do jogo de acordo com os seus caprichos. Quando o consultório é transformado de modo que as paredes passam a representar os limites do ego da criança, em certa medida o mundo externo também é alterado pelo fato de estar sendo excluído. Não há transição fácil do interior para o exterior, e o final da sessão se transforma num problema que exige um manejo hábil. No caso da criança retraída, o analista penetra num mundo artificialmente benigno do qual as forças e objetos malignos foram expulsos. Num caso deste tipo, o analista é envolvido por uma série infindável de atos mágicos, e é estranho para a criança perceber que o analista não sabe o que vai acontecer. A criança pode voar e obviamente espera que o analista a carregue ao redor do consultório até lá em cima, no ninho que fica no alto da estante. Fora do consultório, nestes casos, estão todas as forças persecutórias esperando de tocaia, de modo que o mais leve ruído pode provocar terror. A entrada accidental de uma terceira pessoa no consultório pode ser desastrosa, e o final da hora exige um tratamento muito especial. Este material relativo ao mundo interno é influenciado pela presença do analista em seu interior, especialmente porque o analista se torna capaz de compreender rapidamente o que é necessário, e assim pode favorecer a necessidade que a criança tem de controle mágico. O analista retém a objetividade e o senso de realidade que a criança perdeu, e enquanto desempenha os diversos papéis da forma mais sensível, de acordo com a necessidade, reconhece a necessidade que a criança tem tanto da magia, quanto dos fatos que pertencem à realidade externa. Envolvido por esse material relativo ao mundo interno, o analista tem poucas possibilidades de interpretar os fenômenos com os quais se defronta. No entanto, no decorrer da sessão, há ocasiões em que os detalhes do mundo interno da criança podem ser relacionados a fenômenos que pertencem aos seus relacionamentos externos, tanto à sua vida instintiva enquanto ser humano total, quanto à vida com a qual se defrontou nas últimas 24 horas, e que ela havia introjetado.

Lo sustentar o ambiente para que a pessoa pense fantasia

Ao brincar com uma criança que apresenta este tipo de material, o analista se dá conta da inadequação do termo fantasia, que os analistas tentaram burlar soletrando a palavra com Ph (Phantasia) para indicar sua natureza inconsciente. Isto não é satisfatório, especialmente porque a fantasia não é inteiramente inconsciente. A idéia de realidade psíquica expressa a compreensão que o analista tem de que a fantasia apresentada pelo paciente é real em seu próprio sentido, e está muito distante daquilo que chamamos devaneio (*fantasying*), que até certo ponto funciona sob controle da consciência, e do qual os elementos indesejáveis são eliminados. No material da realidade psíquica não há lugar para a negação, já que o material a ser eliminado teria que ser colocado em algum outro lugar.

3) Um exemplo de material intelectualizado seriam aquelas fases da análise em que a criança, exatamente como um adulto, relata sonhos, faz perguntas e espera uma discussão objetiva da situação. Em algumas análises o trabalho é feito predominantemente nestes termos, especialmente com adultos e adolescentes. Mesmo crianças pequenas utilizam o analista desta maneira de vez em quando, mas este trabalho é apenas preparatório, na verdade referindo-se à expressão mais direta que surge gradualmente de forma óbvia no brincar da criança pequena. A diferença entre a análise de uma criança e a de um adulto é que com a criança grande parte da atuação (*acting out*) se dá na forma do brincar durante a sessão, enquanto que com o adulto quase toda a atuação ocorre fora da análise, e o trabalho da análise é feito verbalmente. O analista está preparado, no entanto, para encontrar a criança no interior do adulto, bem como encontrar o adulto no interior da criança.

4) Como exemplo de um brincar indicando ansiedade relativa à estrutura do ego, apresento o caso de um menino de 6 anos cujas explosões maníacas apontavam para uma violenta desintegração. Ele utilizou uma mesa redonda, colocou casas em volta de toda a borda, e colocou uma outra fileira de casas no interior. Dentro da segunda fileira de casas quase não havia espaço para vida alguma. Alguém poderia interpretar os detalhes dessa vida, mas a interpretação mais importante estava relacionada com a ênfase muito intensa sobre o corpo ou os limites do ego. Paralelamente, o menino estava desenvolvendo uma personalidade muito exacerbada. Em outra ocasião ele utilizou muitos compartimentos existentes na lareira, colocando uma amostra de seu mundo interno em

cada compartimento, de modo que não houvesse relação alguma entre cada uma das amostras (a dissociação como defesa).

Uma menina de 6 anos que havia se recuperado de uma fase psicótica em que eu a ajudei um ano antes, retornou ao meu consultório a seu próprio pedido, trazendo sua irmã. Enquanto a irmã pegava os brinquedos e brincava como uma criança comum, esta menina que havia sido minha paciente fez uma longa fila de casinhas, criando uma rua que se estendia por toda a largura do consultório. Descobri que ela estava ligando minha casa à dela, que ficava a 15 quilômetros de distância, e ao mesmo tempo estava ligando o passado ao presente, indicando a tensão que representou para ela manter o relacionamento comigo durante o ano que transcorreu desde o final do seu tratamento.

O material relacionado ao assentamento da psique no corpo assume muitas formas. Por vezes o corpo é machucado, ou fica excitado, ou é claramente indicado no contexto do brincar. Um contato afetivo entre o paciente e o analista pode se transformar num padrão rígido, que precisa ser interpretado porque é produzido com um propósito, tanto quanto qualquer outro material de análise. Brincar de comer um alimento, ou comer uma comida realmente trazida para a sessão podem ter o mesmo sentido, ou então podem ocorrer avanços sexuais de uma natureza mais direta. A criança que aprendeu a esperar pela interpretação do material que foi apresentado revela uma surpreendente liberdade para produzir material de qualquer natureza, de acordo com a necessidade do momento.

CAPÍTULO 4

ANSIEDADE HIPOCONDRIACA

A percepção que o teórico tem do ser humano como uma membrana limitadora com um interior e um exterior é ao mesmo tempo o desenho que um bebê poderia fazer do self ou de um outro ser humano. O bebê está preocupado com o interior e com os fenômenos internos aos quais me referi, e também com o corpo e com a psique. É justamente aqui que o termo psicossomática começa a ter um significado especial.

Inicialmente, do ponto de vista do bebê há a simples identidade entre corpo e psique. É neste ponto que se inicia um estado de coisas em que a doença é idêntica à dúvida sobre si próprio. Para o hipocondríaco de qualquer idade, o problema é a dúvida e não a doença. Trata-se de uma questão de equilíbrio entre as forças do "bem" e do "mal", e isto é verdadeiro tanto para o bebê quanto para o que sofre de distúrbios psicossomáticos, e também para as dúvidas mais sofisticadas do filósofo.

A saúde do corpo, na medida em que ela é percebida ou notada, é traduzida em termos da fantasia, e ao mesmo tempo os fenômenos da fantasia são sentidos em termos corporais. Por exemplo, o sentimento de culpa pode se expressar através do vômito, e o vômito (talvez provocado por causas físicas) pode ser sentido como se estivesse traindo o self secreto, e por isso constituir um desastre. Excluindo-se a doença, a saúde corporal é ativamente reasseguradora para o bebê que está às voltas com dúvidas sobre a psique, e a saúde psíquica promove um saudável funcionamento corporal, garantindo a capacidade de ingerir, digerir e eliminar.

É para este ponto do desenvolvimento que os pesquisadores da psicossomática deveriam se dirigir a fim de examinar as raízes do problema. É aqui que poderá ser encontrada a base para o estudo da vasta questão do inter-relacionamento entre distúrbios físicos e psicológicos. O psiquiatra poderia encontrar aqui a explicação para muitos fenômenos de depressão e hipocondria (e também de paranóia — ver adiante), ao mesmo tempo que ele encontra na psiquiatria infantil uma espécie de

psiquiatria relativamente pouco perturbada pelos fenômenos secundários da doença "mental" ou das formações "intelectuais" secundárias. O psicanalista naturalmente observa esta área com o máximo de interesse; no estudo da histeria de conversão há algo a ganhar com o exame da mistura original que o bebê faz entre o corpo propriamente dito e os sentimentos e idéias a respeito do corpo.

PARTE IV
DA TEORIA DO INSTINTO
À TEORIA DO EGO

INTRODUÇÃO:

DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

De um modo um tanto artificial, proporei três linguagens diferentes para a descrição dos fenômenos precoces do desenvolvimento emocional.* Em primeiro lugar discutirei

A) o estabelecimento da relação com a realidade externa,
então B) a integração do self como unidade a partir do estado de não-integração** e
então C) o assentamento da psique no corpo.

Não me foi possível encontrar uma seqüência óbvia no desenvolvimento que possa ser utilizada para determinar a ordem da descrição.

É preciso notar que quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento do ser humano, ficamos cada vez mais óbvios e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, o que em termos de psicoterapia significa o manejo. Mas para maior clareza, decidi lidar com este vasto assunto, o fator externo, num capítulo específico (págs. 173 e seguintes), já que seja qual for o grau de importância que atribuirmos ao ambiente, o indivíduo permanece, e dá ao ambiente um sentido.

* Ver Winnicott, D. W: (1945) "Desenvolvimento Emocional Primitivo", uma apresentação alternativa deste tema. (Em *Da Pediatria à Psicandlise*, Ed. Francisco Alves, Rio. N. do T.)

** Nota para revisão: Não-integração ↔ integração.

CAPÍTULO 1

ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO COM A REALIDADE EXTERNA

RELACIONAMENTO EXCITADO E RELACIONAMENTO TRANQUÍLO

Seria interessante separar dois aspectos deste tema, o relacionamento "excitado" e o relacionamento "tranquilo".

Por todo o tempo, tivemos em mente um bebê. Imaginemos então uma primeira mamada teórica. Aqui está um bebê com uma crescente tensão instintiva. Desenvolve-se uma expectativa, um estado de coisas no qual o bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê. Não há expectativa semelhante no estado tranqüilo ou não-excitado. Mais ou menos no momento certo, a mãe oferece o seio.*

Se a mãe é capaz de se preocupar com sua tarefa, ela é capaz de fornecer um contexto para o início do relacionamento excitado, porque ela está biologicamente orientada exatamente para esta tarefa.

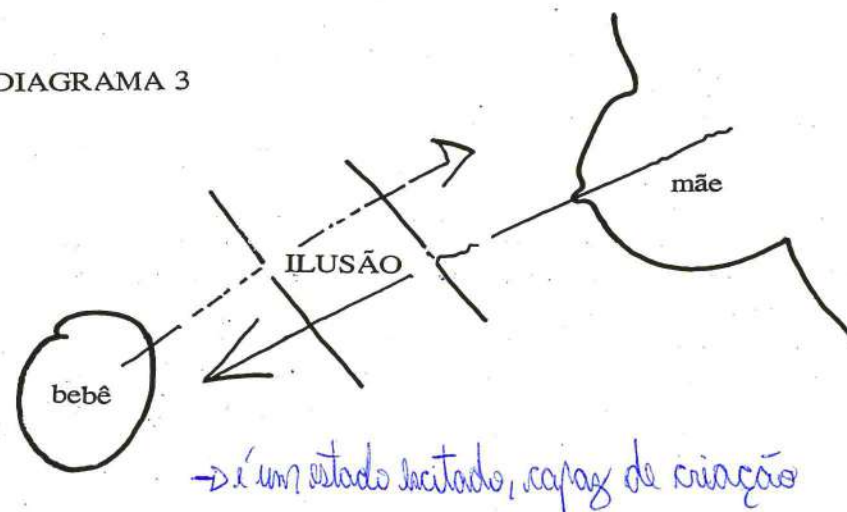
Esta primeira mamada teórica é também a primeira mamada real, exceto pelo fato de que a experiência real não é tanto um acontecimento singular quanto uma construção do evento a partir da memória. É possível dizer que devido à extrema imaturidade do bebê recém-nascido, a primeira mamada não pode ser significativa como experiência emocional. No entanto, não há dúvida de que se a primeira mamada ocorre satisfatoriamente, estabelece-se um contato, de modo que o padrão das mamadas se desenvolve a partir dessa primeira experiência. A tarefa da mãe é então enormemente simplificada. Ao contrário, se as primeiras mamadas são mal conduzidas, pode ocorrer uma longa série de problemas. De fato, um padrão duradouro de insegurança no relacionamento pode ter sua origem na época da falha inicial no manejo do bebê.

* O assunto já é suficientemente complexo, e eu não o tornarei ainda pior levando em consideração os substitutos do seio e da mãe.

de sua, ainda não sabe do mundo externo
→ vive a partir de uma pulsão

Nesta primeira mamada (teórica), o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade.

DIAGRAMA 3



Obviamente, na condição de filósofos sofisticados, sabemos que aquilo que o bebê criou não foi aquilo que a mãe forneceu, mas a mãe, por sua adaptação extremamente delicada às necessidades (emocionais) do bebê, está em condições de permitir que ele tenha esta ilusão. Se ela não for "boa" o bastante neste sentido, o bebê não terá qualquer esperança de tornar-se capaz de manter relacionamentos excitados com objetos ou pessoas naquilo que nós, como observadores, chamamos o mundo real, externo ou compartilhado, ou seja, o mundo não criado pelo bebê.

No princípio, existe uma quase perfeita adaptação à necessidade, permitindo ao bebê a ilusão de ter criado os objetos externos. A mãe gradualmente decresce em sua capacidade de adaptação às necessidades (emocionais), mas o bebê tem meios e modos de lidar com esta mudança. É enganoso pensar no estabelecimento do senso de realidade do bebê como um produto da insistência da mãe quanto à natureza externa das coisas do mundo externo. Na linguagem deste capítulo, as palavras chave são ilusão e desilusão. A ilusão deve surgir em primeiro lugar, após o que o bebê passa a ter inúmeras possibilidades de aceitar e até mesmo utilizar a desilusão.



→ se houve dependência e pp. houve uma boa adaptação

Estas experiências excitadas são realizadas contra um fundo de tranquilidade, no qual existe um outro tipo de relacionamento entre o bebê e a mãe. Estamos lidando com um bebê em estado de elevada dependência e absolutamente inconsciente quanto a esta dependência. É legítimo simplificarmos a situação examinada presumindo que a mãe está presente, pois o ambiente que ela cria é uma parte essencial da dependência. Sempre que existe a dependência total existe também a adaptação perfeita; ou, dito de outro modo, a falha da adaptação materna provoca uma distorção nos processos de vida individual do bebê. A mãe foi responsável pelo ambiente no sentido físico do termo antes do nascimento, e após o nascimento a mãe continua a prover o cuidado físico, o único tipo de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no princípio. Inúmeros ensaios e erros de adaptação já ocorreram ao tempo em que poderíamos postular uma primeira mamada teórica. No momento desta primeira mamada teórica o bebê já tem certas expectativas e algumas experiências, que em maior ou menor medida complicam a situação. Se as complicações não são grandes demais, ocorre algo muito simples. É difícil encontrar as palavras exatas para descrever este simples evento; mas podemos dizer que em razão de uma vitalidade do bebê e através do desenvolvimento da tensão instintiva o bebê acaba por esperar alguma coisa; e então há um movimento de alcançar algo, que pode rapidamente tomar a forma de um movimento impulsivo da mão ou da boca em direção a um suposto objeto. Creio que não será inadequado dizer que o bebê está pronto para ser criativo. Haveria a alucinação de um objeto, se houvesse material mnemônico para ser usado nesse processo de criação, mas isso não pode ser postulado considerando-se que é uma primeira mamada teórica. Aqui o ser humano se encontra na posição de estar criando o mundo. O motivo é a necessidade pessoal; testemunhamos então a gradual transformação da necessidade em desejo.

A mãe que foi capaz de satisfazer as necessidades mais primitivas pelo simples cuidado físico possui agora uma nova função. Ela deve ir ao encontro do momento criativo específico, e saber disso através de sua própria capacidade para identificar-se com o bebê e pela observação do seu comportamento. A mãe está esperando ser descoberta. E não é preciso que ela reconheça intelectualmente o quanto é importante que o bebê a crie, para que ela possa fazer a sua parte e ser criada por cada bebê novamente.

A mãe que acabou de atravessar uma experiência estafante tem à

sua frente uma tarefa extremamente difícil. Ela própria precisa estar dotada de um tipo de potência especial, pois nem um seio cheio demais nem um seio inteiramente inerte serão perfeitamente apropriados. Ela será muito ajudada pela experiência da potência genital de seu homem. De um modo ou de outro, ela consegue estar pronta com o potencial de excitação que em algum momento resultará na produção de leite. Não se espera que ela seja perfeitamente pontual em sua adaptação nesse instante. Felizmente o bebê não precisa de um padrão de comportamento muito rígido. Se tudo vai bem, o bebê estará pronto para descobrir o mamilo, e isso em si mesmo é um tremendo acontecimento, independente do ato de mamar. É muito importante do ponto de vista teórico que o bebê crie este objeto, e o que a mãe faz é colocar o mamilo exatamente ali e no momento certo para que seja o seu mamilo que o bebê venha a criar. Não há dúvida de que é muito importante para a mãe que o bebê descubra o mamilo desta forma criativa. Uma inauguração tão delicada do relacionamento exige certas condições, e é preciso admitir que as condições apropriadas em geral estão ausentes, em razão da tendência generalizada nas maternidades de ignorar este início tão fundamental e tão vital do relacionamento entre o bebê e aquilo que nós já conhecemos como sendo o mundo em que o bebê irá viver.

Ainda que a capacidade do bebê para os relacionamentos excitados seja construída através da soma das mamadas (e de outros tipos de experiências excitadas), numa discussão teórica ainda assim a primeira mamada constitui o protótipo, e na prática deveríamos dirigir nossos esforços em direção à melhoria da forma como se dá a primeira mamada.

Quando tudo vai bem, o relacionamento pode se estabelecer em poucos momentos. Mas por outro lado, quando existe uma dificuldade, a mãe e o bebê podem levar muito tempo até conseguirem se entender um com o outro, e freqüentemente acontece que a mãe e o bebê falhem desde o princípio, e assim sofram (ambos) as consequências dessa falha por muitos anos, e às vezes para sempre.

Devemos esperar uma certa percentagem de falhas, já que há bebês de todos os tipos e as mães nem sempre estão prontas no momento certo para o exercício da potência de seu seio. Ainda assim, não é de todo impossível que uma falha neste ponto, desastrosa para o desenvolvimento do bebê, seja desnecessária; o bebê estava pronto e a mãe estava pronta, mas as condições não eram satisfatórias, ou então alguém interfere. Aqui nos deparamos com a psicologia dos médicos e

das enfermeiras empenhadas em cuidar das mães que acabaram de dar à luz e dos próprios bebês recém-nascidos. Não há treinamento específico de enfermeiras especializadas nessa etapa precoce da vida do bebê, e na assistência às mães nas primeiras semanas após o parto. É visível que a questão do relacionamento inicial entre o bebê e a mãe suscita grande ansiedade em muitas mulheres comumente saudáveis. Seria difícil explicar de outro modo a frequência com que muitas enfermeiras, que em outros sentidos são competentes e gentis, tendam a assumir responsabilidades que deveriam ser da mãe, tomando as rédeas da situação tentando forçar os bebês em direção ao seio. É muito comum encontrarmos enfermeiras que, com a melhor boa vontade do mundo, pegam um bebê bem embrulhado num cobertor, a ponto de ficar com as mãos presas, e empurram a sua boca para o seio declarando abertamente que *elas estão decididas a fazer o bebê mamar*.

Aqui, mais que em qualquer outro lugar, a teoria e a prática chegam exatamente ao mesmo lugar. A maioria destas enfermeiras ficam ansiosas não porque sejam neuróticas, mas porque ninguém lhes disse nada sobre o bebê criar o seio, ou sobre a inclinação específica da mãe para a tarefa de adaptar-se à necessidade, para a arte de dar ao bebê a ilusão de que aquilo que é criado a partir da necessidade e por meio do impulso tem existência real.

É preciso acrescentar que uma certa parcela de enfermeiras compreende esta questão instintivamente, e tem grande prazer em criar condições nas quais o bebê e a mãe possam encontrar um ao outro.

Trata-se de uma questão inteiramente prática. A maneira de fazer com que o bebê se iniba quanto a mamar ao seio, e na verdade quanto à alimentação em geral, é apresentar o seio ao bebê sem lhe dar qualquer chance de ser o criador do objeto que precisa ser encontrado. Talvez não exista outro detalhe específico que o psicólogo possa ensinar e que, se aceito, teria consequências mais profundas sobre a saúde mental dos indivíduos e da comunidade, do que esta questão da necessidade de que o bebê tem de ser o criador do mamilo do seio da mãe. Além do mais, não se trata apenas de uma questão da saúde mental futura do novo indivíduo.

Pode ser que as palavras empregadas acima não estejam corretas. Talvez o verbo "criar" possa ser substituído por outra palavra, que seja melhor compreendida e aceita por todos. Mas as palavras não importam. É preciso encontrar os meios de atrair a atenção dos que estão encarregados dos bebês recém-nascidos para a tremenda importância dessa experiên-

cia inicial de um relacionamento excitado entre o bebê e sua mãe. Existem dificuldades intrínsecas. As enfermeiras e os médicos são vitalmente importantes para a mãe, pelo que cada um deles pode fazer por ela, tornando o trabalho de parto mais seguro e ajudando-a fisicamente num momento em que ela se encontra inteiramente esgotada. Eles possuem suas próprias técnicas, aprendidas lenta e arduamente. Não há razão pela qual estes mesmos médicos e enfermeiras não sejam capazes de dar à mãe a função que é dela e apenas ela pode executar. Tudo que a enfermeira pode fazer nesta situação é fornecer as condições em que a mãe pode se colocar com o máximo de sua sensibilidade. O que a mãe necessita é da chance de ser natural e de encontrar o seu caminho junto com o bebê, da mesma forma como outras mães encontraram os seus próprios caminhos desde o alvorecer da história humana, e até mesmo antes da evolução do homem a partir dos mamíferos.

Ver-se-á que do ponto de vista da enfermeira, o contato inicial entre o bebê e sua mãe pode parecer apenas uma brincadeira. E, realmente, podemos dizer que mãe e filho estão brincando, enquanto uma enfermeira de plantão tende a acreditar que ali se precisa, mesmo, é de trabalho. No entanto, o bebê não necessita imediatamente de leite, e este é um fato bem conhecido em pediatria. O bebê que descobriu o mamilo, e cuja mãe está em condições de colocar o mamilo ali perto da mão ou da boca no momento preciso, é capaz de levar um certo tempo, se assim lhe aprouver, até começar a sugar. Pode haver um período de mastigação, e desde o início cada bebê tem sua própria técnica, que pode inclusive persistir e aparecer mais tarde sob a forma de um manei-rismo. O estudo deste início do relacionamento provavelmente recompensará rapidamente o observador. A parte mais importante no trabalho de Merrill Middlemore, publicado no livro "The Nursing Couple" [1941], é a descrição do imenso cuidado que ela tomou para estar presente na situação da amamentação sem perturbar de modo algum nem as enfermeiras, nem as mães, e nem mesmo os bebês. Ela tomou o cuidado de não esperar sucessos ou temer fracassos. Provavelmente muito poucas pessoas apresentam as condições adequadas para fazer esse tipo de observação da intimidade.

→ Não esperar pelos sucessos e não temer os fracassos!

O VALOR DA ILUSÃO E OS ESTADOS TRANSICIONAIS

A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas. Após a primeira mamada teórica, o bebê começa a ter material com o qual criar. É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade da amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto do desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de um controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformada em fato pela técnica adaptativa da mãe.

No dia-a-dia da vida do bebê, podemos observar como ele explora esse terceiro mundo, um mundo ilusório que nem é sua realidade interna, nem é um fato externo, e que toleramos num bebê, ainda que não o façamos com adultos ou mesmo com crianças mais velhas. Vemos o bebê chupando os dedos ou adotando alguma técnica de mexer o rosto ou murmurando um som ou agarrando algum pano, e sabemos que nesse momento o bebê está declarando seu controle mágico sobre o mundo por meio desses diversos instrumentos, prolongando (e nós permitimos que ele o faça) a onipotência originalmente satisfeita pela adaptação realizada pela mãe. Considerei útil denominar os objetos e fenômenos que pertencem a este tipo de experiências de "transicionais". Aos objetos chamei de "objetos transicionais", e às técnicas empregadas nessas situações de "fenômenos transicionais". Estes termos implicam na existência de um estado temporário próprio da primeira infância em que ao bebê é permitido pretender um controle mágico sobre a realidade externa, um controle que, nós sabemos, foi tornado real pela adaptação da mãe, mas disto o bebê ainda não sabe. O "objeto transicional", ou primeira possessão, é um objeto que o bebê criou ainda que, ao mesmo tempo em que nós assim dizemos, na realidade sabemos que se trata da ponta de um cobertor ou da franja de um chale ou de um brinquedo.

fenômenos transicionais: técnicas empregadas nos momentos de transicionalidade

O próximo objeto que o bebê possuir será talvez dado por uma tia, e por este objeto a criança dirá "tá", reconhecendo assim a limitação do controle mágico e reconhecendo sua dependência da boa vontade das pessoas existentes no mundo externo.

Como são importantes, então, esses primeiros objetos e técnicas transicionais! Sua importância se reflete em sua persistência, uma persistência feroz por anos a fio. A partir desses fenômenos transicionais, desenvolve-se grande parte daquilo que costumamos admitir e valorizar de várias maneiras sob o título de religião e arte, e também derivam aquelas pequenas loucuras que nos parecem legítimas num dado momento, de acordo com o padrão cultural vigente.

Entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido existe uma terra de ninguém, que na infância é natural, e que é por nós esperada e aceita. O bebê não é desafiado no início, não é obrigado a decidir, tem o direito de proclamar que algo que se encontra na fronteira é ao mesmo tempo criado por ele e percebido ou aceito no mundo, o mundo que existia antes da concepção do bebê. Alguém que exija tamanha tolerância numa idade posterior é chamado de louco. Na religião e nas artes vemos essa reivindicação socializada, de modo que o indivíduo não é chamado de louco e pode usufruir, no exercício da religião ou na prática e apreciação das artes, do descanso necessário aos seres humanos em sua eterna tarefa de discriminar entre os fatos e a fantasia.*

O FRACASSO DO CONTATO INICIAL

Examinarei agora os efeitos da falha em vez das conseqüências do sucesso, o estado que se cria quando a mãe é incapaz de satisfazer as vontades do bebê de uma forma suficientemente sensível, ou quando o bebê está perturbado demais (em razão de experiências anteriores) para entregar-se ao impulso instintivo.

Em termos de manejo concreto, o bebê que falha em estabelecer contato com a realidade externa não necessariamente morre. Pela persistência dos que dele cuidam ele é persuadido a alimentar-se e viver, ainda que a base para este viver seja débil ou mesmo ausente. Em ter-

* [Este parágrafo foi encontrado datilografado em separado, com uma nota explicando que ele deveria ser acrescentado ao capítulo.]

mos da teoria psicológica, a falha neste ponto exacerba ao invés de curar a cisão na pessoa do bebê. Em vez do relacionamento com a realidade exterior atenuado pela utilização temporária da onipotência ilusória, desenvolvem-se dois tipos diferentes de relação objetal, que podem existir desconectados um do outro a ponto de constituir uma grave doença, que eventualmente se fará notar na forma clínica conhecida como esquizofrenia. De um lado estará a vida privada do bebê, na qual os relacionamentos têm por base a sua capacidade de criar, mais do que a memória dos contatos anteriores, e de outro lado estará um falso self, que se desenvolve sobre uma base de submissão e se relaciona com as exigências da realidade externa de forma passiva. É muito fácil nos enganarmos ao ver um bebê responder a uma hábil amamentação, e deixarmos de perceber que este bebê que mama de um modo inteiramente passivo nunca poderá criar o mundo, e portanto não será capaz de construir relacionamentos externos, nem terá futuro como indivíduo. A exploração desse falso self complacente ou submisso não pode levar a um bom resultado. O self verdadeiro pode se tornar visível unicamente através de um alimento recusado. O bebê permanece vivo, e é surpreendente o quanto os médicos se satisfazem com esse resultado. O falso self organiza-se com a intenção de manter o mundo à distância, mas existe um outro e mais verdadeiro self escondido dos observadores, e portanto protegido. Este verdadeiro self se encontra num estado constante do que poderíamos chamar de relacionabilidade interna. Clinicamente, a evidência de que existe uma vida interior do self oculto pode aparecer através do balanceio rítmico do corpo, e de outros sinais característicos dos períodos mais primitivos da infância.

A descrição do grau extremo de cisão leva à descrição de graus de cisão menos intensos, e também do modo como, em algum grau, isto que estamos descrevendo se acha presente em todas as crianças, por ser intrínseco à própria vida. No grau extremo de cisão, a criança não tem qualquer razão para viver. Nos níveis menos elevados existe um certo sentimento de futilidade relativo à vida falsa, e uma busca incessante daquela outra vida que seria sentida como real, mesmo que levasse à morte, por exemplo através da inanição. Nos graus mais brandos de cisão existem objetos mantidos na relacionabilidade secreta interior do verdadeiro self, objetos esses derivados de algum grau de sucesso no estágio da primeira mamada teórica. Em outras palavras, nos graus menos extremos dessa doença não é tanto o estado primário de cisão que iremos encontrar, e sim uma organização secundária cindida que indica

Lo o falso self se torna problema quando para a ser uma estrutura primária

uma regressão diante de dificuldades encontradas num estágio posterior do desenvolvimento emocional.

Pela utilização do esquema que descreve os casos extremos, é possível ilustrar facilmente as implicações desta maneira de examinar o desenvolvimento emocional inicial, e aplicar o que encontramos ao problema da pessoa medianamente normal e às dificuldades inerentes à vida.*

É interessante tomar o trabalho do artista e procurar descrevê-lo nos termos propostos neste capítulo. Neste sentido, é possível dizer que existem dois tipos de artista. Um deles trabalha primeiramente a partir do falso self, aquele que, com extrema facilidade, produz uma representação exata de uma amostra da realidade externa. O artista utiliza essa habilidade, e em seguida ocorre a tentativa do verdadeiro self no interior do artista de relacionar esta primeira impressão exata aos fenômenos brutos que constituem a vivacidade dentro do verdadeiro self secreto. Se for bem-sucedido, o artista não apenas produziu algo reconhecível por outros, mas também algo que é característico do seu verdadeiro self; o produto final tem valor porque podemos apreciar a luta que se travou dentro do artista para aproximar elementos originalmente tão separados. Quando um artista se notabiliza especialmente por sua habilidade técnica, utilizamos o termo "facilidade" e falamos de um *virtuoso*.

Em contraste com isso, há um outro tipo de artista que inicia o seu trabalho com a representação bruta dos fenômenos secretos do self ou da vivacidade pessoal, que para ele é repleta de significados, mas que num primeiro momento não têm sentido para os outros. A tarefa do ar-

* [Uma versão diferente para o texto precedente foi encontrada em separado, junto com uma nota indicando que ela deveria ser acrescentada neste ponto. Ela diz:]

"Quando há um certo grau de fracasso na adaptação, ou uma adaptação caótica, o bebê desenvolve dois tipos de relacionamento. Um tipo consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um self falso e se estabelece para com um ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado. O primeiro tipo de relacionamento contém a espontaneidade e a riqueza, e o segundo é um relacionamento submisso, mantido com a intenção de ganhar tempo até o momento em que o primeiro talvez consiga, um dia, tomar posse. É surpreendentemente fácil, do ponto de vista clínico, deixar de perceber a irre realidade da metade submissa da técnica que uma criança esquizofrênica utiliza para viver.

O problema é que os impulsos, a espontaneidade e os sentimentos que parecem reais encontram-se confinados no interior de um relacionamento que (em seu grau extremo) permanece incomunicável. Por outro lado, a outra metade da personalidade cindida, o falso self submisso, está ali à vista de todos e é fácil de ser administrado."

tista neste caso é a de tornar inteligíveis as suas representações inteiramente pessoais, e para fazê-lo ele deve até certo ponto trair a si próprio. Suas criações artísticas lhe parecerão sempre um tanto fracassadas, independentemente do quanto elas sejam apreciadas pelo seu círculo social; na verdade, se elas forem apreciadas em excesso, o artista poderá retrair-se inteiramente, pela sensação de ter sido falso para com seu verdadeiro self. Aqui, novamente, o maior êxito do artista é seu trabalho de integração dos dois selves. O artista do primeiro tipo é apreciado por pessoas que precisam entrar em contato com seus impulsos mais primitivos, enquanto o do segundo tipo é apreciado por pessoas retraídas, aliviadas por encontrar algum (não demasiado) compartilhamento daquilo que é basicamente pessoal e essencialmente secreto.

CRIATIVIDADE PRIMÁRIA

Existe ou não uma criatividade primária? Dito de outro modo: o ser humano é capaz apenas de projetar aquilo que foi anteriormente introjetado, ou, em outras palavras, de excretar o que foi ingerido?

Qual a resposta para o problema da criatividade? Na primeira mamada teórica, por exemplo, o bebê tem ou não alguma contribuição a fazer?

Ao menos enquanto não viemos a saber mais, devo presumir que existe uma criatividade potencial, e que na primeira mamada teórica o bebê tem sim uma contribuição pessoal a fazer. Se a mãe se adapta suficientemente bem, o bebê conclui que o mamilo e o leite são os resultados de um gesto produzido pela necessidade ou são consequências de uma idéia que veio montada na crista de uma onda de tensão instintiva. Em minha opinião, estas questões são de importância prática muito grande para os psiquiatras e também para os pediatras em seu trabalho clínico.

Se existe um verdadeiro potencial criativo, podemos esperar encontrá-lo em conjunto com a projeção de detalhes introjetados em todos os esforços produtivos, e devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto.

* O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande

parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adaptá ativamente às necessidades do bebê. Mas se a criatividade do bebê está ausente, os detalhes apresentados pela mãe não terão sentido.

Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa. O problema da criatividade primária foi discutido como pertencendo à mais tenra infância; mas para sermos precisos, trata-se de um problema que jamais deixa de ter sentido enquanto o indivíduo estiver vivo.*

Gradualmente, surge uma compreensão intelectual do fato de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece.

Costumo enfatizar com muita intensidade esta parte do estudo da natureza humana. Diversas questões que à primeira vista não parecem ter relação alguma entre si acabam por revelar-se ligadas uma à outra exatamente neste ponto. Enumerando, a saber:

- A. A questão prática do manejo do bebê pela mãe nas primeiras horas e dias após o nascimento (pediatria).
- B. A relação entre o relacionamento corporal excitado e o relacionamento tranqüilo, em geral, incluindo os problemas que se referem ao casamento. ?
- C. O problema filosófico do significado da palavra "real".
- D. A reivindicação da religião e da arte, considerando a ilusão como algo valioso por direito próprio. ?
- E. Os sentimentos de irrealidade das pessoas esquizóides e dos doentes esquizofrênicos.
- F. A alegação do psicótico de que o que não é real é real, e a da criança anti-social, de que o que não é verdadeiro é verdadeiro e de que a dependência (que é um fato) não é um fato.
- G. A cisão essencial na esquizofrenia, cuja profilaxia se daria por um manejo adequado nas etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional infantil, ou seja, pela adaptação sensível à necessidade. ?

* Nota para revisão: daqui estender para o brincar, o lugar da cultura, etc.

H. O conceito de criatividade primária e de originalidade absoluta, em contraposição ao da projeção de objetos e fenômenos previamente introjetados (digeridos e reprocessados).

A IMPORTÂNCIA DA MÃE

Em certa medida é verdade que as necessidades do bebê podem ser supridas por quem quer que goste de bebês, mas há dois conjuntos de razões pelas quais a mãe é a pessoa certa.

Seu amor por seu próprio bebê provavelmente é mais verdadeiro, menos sentimental do que o de qualquer substituto; uma adaptação extrema às necessidades do bebê pode ser feita pela mãe real sem ressentimento. É ela que está em condições de preservar todos os pequenos detalhes de sua técnica pessoal, fornecendo assim ao bebê um ambiente emocional simplificado (que inclui os cuidados físicos). Um bebê maravilhosamente bem cuidado por diversas pessoas, ou mesmo por apenas duas, tem um início de vida muito mais complexo, um alicerce muito menos seguro formado pelas coisas com as quais ele pode contar para garanti-lo, quando surgirem os desejos causando complicações vindas de dentro.

A negligência com relação a esses aspectos pode provocar uma grande confusão. É verdade, como assinala Anna Freud; que as técnicas são as coisas mais importantes que afetam o bebê no início. Mas a simplicidade e a constância da técnica podem ser dadas apenas por uma pessoa que esteja agindo naturalmente. Provavelmente, ninguém poderá fornecer isto melhor que a mãe, a não ser uma mãe adotiva aceitável, que se responsabiliza pelo cuidado do bebê desde o início. Mas a mãe adotiva geralmente falta a inclinação para a maternidade, um estado especial que necessita de um período preparatório inteiro de nove meses.

Não é fácil para as mães expressarem seus sentimentos sobre as experiências que tiveram na maternidade, apesar de serem sentimentos muito fortes e nem sempre agradáveis. As mães vão perdendo a intensidade de seus sentimentos à medida que a experiência vai se afastando no passado; elas também sabem, algum tempo depois da experiência real do parto, que naquela época especial existia uma tendência a imaginar, quase que a alucinar, uma figura feminina persecutória, de modo que a experiência ruim é vista em retrospecto como se tivesse sido um pesadelo. Mas tais experiências ruins infelizmente são muitas vezes

reais, porque há muito pouca compreensão sobre a tarefa especial da mãe de apresentar o mundo ao seu bebê.

De qualquer modo, mulheres que têm uma amiga compreensiva com quem falar durante o período que abarca diversos partos, descobrem em geral que elas têm muita coisa a dizer sobre os obstáculos que atrapalham a mãe de entender-se com seu bebê à sua própria maneira.

É realmente muito útil que o bebê seja colocado num berço ao lado da cama da mãe, tal como no esquema descrito por Spence. Deve ser muito difícil para uma enfermeira lembrar que, embora a mãe talvez esteja fraca demais para levantar o bebê do berço ao lado da cama sem ajuda, na verdade ela é a única pessoa realmente indicada para adaptar-se às necessidades do bebê, necessidades sinalizadas de formas tais que exigem a sutileza de entendimento da mãe verdadeira.

O BEBÊ AO NASCER

Parece existir alguma diferença entre as necessidades emocionais do bebê nascido a termo e as do bebê nascido prematuramente. Pode-se esperar também que o bebê pós-maduro provavelmente nascerá num estado de frustração. Sem dúvida alguma o tempo certo para o nascimento, do ponto de vista das necessidades emocionais, é o momento do termo, um fato que poderia ter sido previsto.

Devo desculpas ao pediatra por discutir essas questões deixando de lado todo o cuidadoso trabalho realizado sobre a fisiologia, a bioquímica e a hematologia do recém-nascido, e também sobre a função da alimentação. O fato é que na maioria dos casos a saúde física está agora garantida pelo trabalho do pediatra, e a consequência é a saúde. E quando se trata de crianças recém-nascidas, a saúde não é o fim mas o começo. Só é possível estudar os bebês em seu desenvolvimento quando o receio de complicações ou doenças físicas tenha sido devidamente afastado. Agora, podemos ver que o desenvolvimento saudável do bebê não é uma questão de verificação do peso, mas uma questão de desenvolvimento emocional, e o estudo do desenvolvimento emocional, como espero estar demonstrando, é uma questão muito vasta e complicada.

Não é muito útil referir-se à primeira mamada como uma experiência instintiva que acontece e termina, sem fazer referência alguma ao ser humano no interior do qual a excitação está se produzindo. Num primeiro momento, o bebê não é capaz de aceitar a experiência e assi-

milar ao seu self todas as conseqüências dos acontecimentos instintivos. Havia um estado de não-excitação que foi perturbado por um outro estado, excitado. O estado tranqüilo certamente é o primário, merecendo um estudo por direito próprio.

Muitas coisas que dizem respeito à qualidade desse estado tranqüilo são tidas como inteiramente garantidas, presumindo-se que o bebê tenha sido (fisicamente) bem cuidado, tanto no útero antes do nascimento, quanto no manejo geral após o parto. Podemos estudar com proveito as conseqüências da falha no cuidado físico, e assim tentar descobrir o que é realmente produzido pelo cuidado bem-sucedido, para além da satisfação das exigências instintivas.

A FILOSOFIA DO "REAL"

Os filósofos sempre se preocuparam com o significado da palavra "real", e houve diversas escolas de pensamento fundadas sobre a crença de que

"Pedra, árvore, ou
o que quer que mais seja,
só terão existência
se houver quem as veja. . ."

com a alternativa

"A pedra, a árvore
seja lá o que for,
estarão bem aí
mesmo sem
espectador. . ."

Nem todos os filósofos percebem que este problema, que aflige todo ser humano, constitui uma descrição do relacionamento inicial com a realidade externa no momento da primeira mamada teórica; ou, melhor ainda, no momento de qualquer primeiro contato teórico.

* "This stone and this tree / discontinue to be / when there's no one about in the quad".

** "This stone and this tree / do continue to be / as observed by yours faithfully. . ."

Eu o formularia da seguinte maneira: alguns bebês têm a sorte de contar com uma mãe cuja adaptação ativa inicial à necessidade foi suficientemente boa. Isto os capacita a terem a ilusão de realmente encontrar aquilo que eles criaram (alucinaram). Eventualmente, depois que a capacidade para o relacionamento foi estabelecida, estes bebês podem dar o próximo passo rumo ao reconhecimento da solidão essencial do ser humano. Mais cedo ou mais tarde, um desses bebês crescerá e dirá: "Eu sei que não há nenhum contato direto entre a realidade externa e eu mesmo, há apenas uma ilusão de contato, um fenômeno intermediário que funciona muito bem para mim quando não estou muito cansado. A mim não importa nem um pouco se aí existe ou não um problema filosófico."

Bebês que tiveram experiências um pouco menos afortunadas vêm-se realmente aflitos pela idéia de que não há um contato direto com a realidade externa. Pesa sobre eles o tempo todo uma ameaça de perda da capacidade de se relacionar. Para eles o problema filosófico se torna e permanece sendo vital, uma questão de vida ou morte, de comer ou passar fome, de alcançar o amor ou perpetuar o isolamento.

Os bebês ainda menos afortunados, aos quais o mundo foi apresentado de maneira confusa, crescem sem qualquer capacidade de ilusão de contato com a realidade externa; ou então esta sua capacidade é tão frágil, que facilmente se quebra num momento de frustração, dando margem ao desenvolvimento de uma doença esquizóide.

CAPÍTULO 2

INTEGRAÇÃO

Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos estados iniciais do desenvolvimento individual humano é necessário pensá-la como algo a ser alcançado. Não há dúvida de que existe uma tendência biológica em direção à integração; mas os estudos psicológicos da natureza humana jamais serão satisfatórios se se basearem excessivamente nos aspectos biológicos do crescimento.

Na clínica psiquiátrica estamos familiarizados com o processo da desintegração, um ativo desfazer-se da integração, produzido e talvez organizado como defesa contra a ansiedade associada à integração. No entanto, estudar diretamente a desintegração pode levar ao erro aqueles que estão procurando compreender os processos da integração.

É necessário postular, portanto, um estado de não-integração a partir do qual a integração se produz. O bebê que conhecemos como uma unidade humana, seguro dentro do útero, ainda não é uma unidade em termos de desenvolvimento emocional. Se examinamos [isto] do ponto de vista do bebê (embora o bebê, como tal, não esteja lá para ter um ponto de vista), a não-integração é acompanhada por uma não-consciência.

No começo teórico existe o estado de não-integração*, uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo. Neste estágio não há consciência. Assim que começamos a falar de um conjunto de impulsos e sensações, já estamos muito afastados do início, quando o centro de gravidade (por assim dizer) do self migra de um impulso ou sensação para outro. O começo certamente está em alguma data anterior ao nascimento a termo.

A partir do estado de não-integração se produz a integração por

* Estas idéias derivam do conceito de Edward Glover sobre os "núcleos do ego", mas o leitor deverá consultar a própria obra de Glover, em vez de basear-se na minha, já que não era minha intenção descrever a sua contribuição.

breves momentos ou períodos, e só gradualmente o estado geral de integração se transforma em fato. Fatores internos podem contribuir para promover a integração; como exemplo temos a exigência instintiva ou a expressão agressiva, cada uma delas sendo precedida por uma convergência aglutinadora do self como um todo. Nestes momentos, a consciência se torna possível, pois ali existe um self para tomar consciência. A integração também é estimulada pelo cuidado ambiental. Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro. Nestes estágios o cuidado físico é um cuidado psicológico.

A mãe sabe por empatia que quando se pega um bebê é preciso levar um certo tempo nesse processo. O bebê deve receber um aviso, as várias partes do corpo devem ser seguradas em conjunto; finalmente, no momento certo, a criança é levantada; além disso, o gesto da mãe começa, continua e termina, pois o bebê está sendo levantado de um lugar para outro, talvez do berço para o ombro da mãe.

À medida que o self se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável. Desta forma, a dependência diminui gradualmente. Enquanto a integração vai se tornando um estado contínuo do indivíduo, a palavra desintegração revela-se mais apropriada para descrever o negativo da integração do que o termo não-integração. Em estágios posteriores é possível que surjam exageros no cuidado consigo mesmo, organizado como uma defesa contra a desintegração que a falha ambiental ameaça provocar. A expressão falha ambiental refere-se, aqui, à falha em carregar o bebê com segurança, para além do limite de tolerância do bebê naquele momento.

É possível detectar uma desintegração que ocorre como defesa organizada contra a tremenda dor das várias ansiedades associadas ao estado plenamente integrado. A desintegração desse tipo pode ser utilizada mais tarde como base para um estado patológico caótico, que na verdade representa um fenômeno secundário e que não está diretamente relacionado ao caos primário do indivíduo humano.

Para ilustrar a aplicação destes princípios, é útil lembrar a canção de ninar de Humpty Dumpty* e os motivos para o seu sucesso univer-

* Humpty Dumpty é um personagem infantil que tem a forma de um ovo com rosto, membros, terno e uma gravata borboleta separando a região do rosto do resto do corpo. A canção diz: "Humpty Dumpty sat on a wall / Humpty Dumpty had a great fall / All the king's horses,

sal. Evidentemente existe um sentimento geral, fora do alcance da consciência, de que a integração é um estado precário. A canção talvez deva o seu sucesso ao fato de reconhecer na integração pessoal algo a ser conquistado.

Em minha descrição dos primeiros momentos de integração a partir dos estados de não-integração, as palavras utilizadas eram extraídas da aritmética. Tratava-se de saber se os núcleos do ego individual iriam ou não somar-se para fazer uma unidade. É possível demonstrar, durante um tratamento, que a inibição para o uso da aritmética comum derivou da inabilidade da criança em começar a formular o simples conceito de um, da unidade, que para um bom entendedor representa, em última análise, o próprio self. É bem conhecido o fato de que a incompetência para lidar com a aritmética mais simples de modo algum implica na incapacidade para cálculos mentais abstratos extremamente complexos, e de fato pode haver uma correlação entre o uso exagerado do raciocínio matemático abstrato e uma inibição das funções mais simples de adição e subtração.

Estas considerações teóricas explicam de alguma forma o valor que é atribuído tanto ao amor quanto ao ódio, e até mesmo às reações de raiva, quando estas são expressas sem reserva e no momento do sentimento mais intenso. A integração provoca um sentimento de sanidade, enquanto a perda da integração que havia sido adquirida produz uma sensação de enlouquecimento. Esses momentos urgentes de entrega total à auto-expressão retiram seu valor da experiência de integração que os acompanha. Fortemente associada a este problema da integração recém-alcançada, com a não-integração ficando para trás e a desintegração pendendo como ameaça no futuro, está a exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si próprio, que por sua vez derivam de uma mistura de memórias de ser levado ao colo e da experiência de não estar sendo suficientemente bem seguro.

Na vida da criança normal, o descanso deve poder incluir o relaxamento e a regressão para a não-integração. Gradualmente, à medida que o self se desenvolve em força e complexidade, essa regressão à

/ All the king's men / couldn't put Humpty together again." Algo como: "Humpty Dumpty sentou-se no muro / Humpty Dumpty caiu de maduro. / Os cavalos e homens do rei, como não, / tentaram colar seus pedaços em vão." A Jane Russo, tradutora de "Da Pediatria à Psicanálise", sou grato por esta e outras referências. (N. do T.)

não-integração aproxima-se mais e mais do doloroso estado de desintegração "enlouquecedora". Existe portanto um estado intermediário, no qual um bebê bem cuidado e em pleno desenvolvimento pode relaxar e não-integrar-se, e tolerar (mas apenas tolerar) sentir-se "louco" no estado não-integrado. Em seguida é dado um passo adiante, um passo em direção à independência, e à perda para sempre da capacidade de não-integração, exceto na loucura ou nas condições especializadas fornecidas pela psicoterapia. Deste momento em diante, o termo não é mais não-integração, e sim desintegração.

A questão de saber se é melhor para o bebê ser ninado no colo ou ser posto para dormir no berço pode ser discutida agora. Obviamente, o bebê precisa de ambas as experiências. Em todo caso, é possível dizer que quando o ato de segurar o bebê é perfeito (e de um modo geral assim é, já que as mães sabem exatamente como fazê-lo), o bebê pode adquirir confiança até mesmo no relacionamento ao vivo, e pode não integrar-se enquanto está sendo seguro. Esta é a experiência mais enriquecedora. Frequentemente, no entanto, o ato de segurar o bebê é irregular, e pode até mesmo ser desperdiçado pela ansiedade (o controle exagerado da mãe para não deixar o bebê cair) ou pela angústia (a mãe que treme, a pele quente, um coração batendo com muita força, etc.), casos em que o bebê não pode dar-se ao luxo de relaxar. O relaxamento acontece então, nestes casos, apenas por pura exaustão. Aqui, o berço ou a cama oferecem uma alternativa muito bem-vinda. É preciso, no entanto, preparar o caminho para o momento em que o bebê retornará do seu relaxamento (re-integração).

Fatores semelhantes são responsáveis pelo gosto que alguns bebês têm pela mamadeira, nas situações em que o aleitamento ao seio é impossível. Muita coisa depende da maneira como a mãe segura o bebê, e é preciso enfatizar que isso não é algo que possa ser ensinado; a única ajuda possível é aquela que possibilita à mãe confiar na forma como administramos o ambiente que a cerca, dando-lhe a oportunidade de exercer seus próprios poderes naturais.

As roupas de uma criança nesse início teórico podem se revelar um estorvo. Imediatamente após o nascimento, a sensibilidade da pele é muito aguçada. Nestes primeiros estágios há um amplo espaço para a nudez primitiva e para um contato ininterrupto entre o corpo do bebê e o corpo da mãe. Ao que eu saiba, até agora esta questão ainda não foi resolvida. A pesquisa ao longo destas linhas poderia seguir os passos da pediatria em seu trabalho com bebês prematuros, que tem revelado o

valor da nudez na técnica da incubadeira.* A integração e a manutenção do estado de unidade trazem consigo outros desenvolvimentos de grande importância. A integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana. Minha postulação da posição depressiva no desenvolvimento emocional retoma o tema neste ponto. Infelizmente, muita coisa desfavorável pode acontecer no decorrer do desenvolvimento emocional de um bebê antes que ele atinja o *status* de unidade, e muitos bebês sequer chegam a alcançar as atribuições humanas da assim chamada "posição depressiva".

Quando a integração, em determinado caso, *é proporcionada principalmente por um bom cuidado infantil*, a personalidade pode revelar-se bem estruturada. Se o acento recai sobre a integração através de *impulsos e experiências instintivas* e de uma raiva que mantém sua relação com o desejo, então a personalidade será provavelmente interessante e até fascinante por suas características. Na saúde há quantidades suficientes dessas duas coisas, e a sua combinação significa estabilidade. Quando não há o bastante de nenhuma das duas, a integração jamais se estabelece por inteiro, ou se estabelece de uma forma estereotipada, hiperenfatizada e fortemente defendida, impedindo que ocorra o relaxamento, ou a não-integração repousante.

Existe um terceiro modo de desenvolvimento pelo qual a integração aparece cedo, e o acento recai sobre uma excessiva reação à intrusão de fatores externos. Isto é consequência da falha no cuidado da criança, e será discutido num capítulo posterior. Aqui a integração é adquirida mediante um alto preço, visto que a intrusão passa a ser esperada, tornando-se até mesmo necessária, e é possível encontrar nesta estrutura o fundamento muito precoce para uma disposição paranóide (não herdada).

À medida que a criança se desenvolve, a perda da integração deve passar a ser descrita pela palavra desintegração, em vez de pelo termo não-integração. A desintegração é um processo de defesa ativa, e corresponde a uma defesa tanto contra a integração quanto contra a não-integração. A desintegração se dá ao longo das linhas de cisão estabelecidas pela organização do mundo interno, através do controle dos objetos e das forças que nele atuam. Na clínica encontramos vários ti-

pos de desintegração bem organizada, mesmo em crises severas ou surtos psicóticos. Só encontramos a não-integração nos momentos de relaxamento de pessoas saudáveis, e na regressão profunda possibilitada pela psicoterapia, onde o terapeuta passa a se encarregar da organização das defesas no lugar do paciente, nas condições físicas e emocionais altamente especializadas, características daquela situação.

É no interior desta situação, mais do que na observação direta de bebês, que o estado considerado normal no início teórico da infância pode ser melhor estudado.

Há uma observação interessante a ser feita sobre as consequências do próprio fato da integração. A integração traz consigo a expectativa de um ataque. Parece que isto é mais verdadeiro quando o indivíduo alcança a integração numa época tardia, e menos verdadeiro quando se trata da integração original do bebê normal. A reunião dos elementos do self associada à constituição de um mundo exterior produz por algum tempo um estado que poderia ser rotulado de paranóide. Nesses momentos, o cuidado fornecido pela mãe é importante, por posicionar-se entre o indivíduo integrado e o mundo exterior muito pouco bem-vindo. A aquisição da integração em épocas tardias, ou seja, fora do curso normal do desenvolvimento nos primeiros estágios, por vezes é seguida por ataques defensivos (ataques desencadeados por necessidade defensiva), e estes ataques defensivos podem facilmente ser confundidos com um impulso instintivo. Na psicoterapia, onde os momentos de integração podem ser extremamente importantes para uma criança mais velha ou mesmo um adulto, o terapeuta precisa ter uma clara compreensão do funcionamento da integração, e na prática pode ocorrer que o terapeuta tenha que se colocar entre o mundo externo repudiado e o indivíduo recém-integrado apenas por um curto período de tempo. Se o terapeuta for capaz de agir nesses momentos da mesma forma que a mãe age no início, quando cuida de seu bebê normal, o padrão paranóide não se tornará necessariamente organizado, e o indivíduo terá a chance de desenvolver um impulso instintivo verdadeiro, ou seja, um impulso que tem uma base biológica e que não se parece com o ataque defensivo, o qual não é inerente e se baseia numa ansiedade.

Este aspecto tem importância prática para a clínica, quando se torna importante ver num caso específico que o padrão paranóide, ao qual

* Mary Crosse: Birmingham [uma pioneira da neonatologia.]

me refiro pela expressão ataque defensivo, apesar de patológico, possui um elemento positivo na medida em que propicia a obtenção de uma integração momentânea.

Vejo uma grande semelhança entre esta formulação e a teoria expressa por Lydia Jackson.*

* Jackson, Lydia: (1954) *Agression and Its Interpretation*.

CAPÍTULO 3

LOCALIZAÇÃO DA PSIQUE NO CORPO

EXPERIÊNCIA CORPORAL

Como é fácil considerar óbvia a localização da psique no corpo, esquecendo mais uma vez que se trata de algo a ser alcançado. É uma aquisição que de modo algum se encontra ao alcance de todos. Em alguns este processo é até mesmo exagerado, forçado por pais muito orgulhosos com a ginástica infantil. Mesmo aqueles que parecem viver em seu corpo podem desenvolver a idéia de existir um pouco para além da pele, e a palavra ectoplasma parece ter sido aplicada à parte do self não contida pelo corpo. Por contraste, na histeria, pode existir uma situação em que a pele não está incluída na personalidade, tornando-se até mesmo destituída de sangue e de sentido para o paciente.

Universalmente, a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. Se a utilização de processos intelectuais cria obstáculos para a coexistência entre psique e soma, a experiência de funções e sensações da pele e do erotismo muscular fortalecem essa coexistência. Poderíamos dizer sobre todos os seres humanos que nos momentos em que uma frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece, sendo então necessário tolerar um período de não relação entre a psique e o soma. Esse fenômeno pode ser exacerbado em todos os graus possíveis de doença. A idéia de um fantasma, um espírito desencarnado, deriva desta não vinculação essencial entre psique e soma. O valor das histórias de fantasmas se deve ao fato de elas chamarem a atenção para a precariedade dessa coexistência.

Aqui há uma aplicação direta da teoria não só ao estudo e tratamento clínico das doenças da pele, como também aos conhecimentos

sobre grande parte dos problemas psicossomáticos. Os distúrbios psicossomáticos são determinados por muitos fatores, mas aquele geralmente omitido é talvez o mais importante. É muito comum assistirmos a uma discussão sobre a psicologia de um distúrbio psicossomático sem que se faça menção alguma ao valor positivo que existe para o paciente na vinculação entre algum aspecto da psique a alguma parte do corpo. Existem ansiedades psicóticas subjacentes às perturbações psicossomáticas, ainda que, em muitos casos, em níveis mais superficiais, possam ser percebidos claramente os fatores hipocondríacos ou neuróticos.

Não existe uma identidade inerente entre corpo e psique. Da forma como nós, os observadores, o vemos, o corpo é essencial para a psique, que depende do funcionamento cerebral, e que surge como uma organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal. Do ponto de vista do indivíduo em desenvolvimento, no entanto, o self e o corpo não são inerentemente superpostos, embora para haver saúde seja necessário que esta superposição se torne um fato, para que o indivíduo venha a poder identificar-se com aquilo que, estritamente falando, não é o self. Gradualmente, a psique chega a um acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique. O círculo que uma criança de 3 anos desenha e chama de "pato" é tanto a pessoa do pato quanto o seu corpo. Isto é algo que vem a ser alcançado juntamente com a capacidade para usar o pronome na primeira pessoa do singular. É bem conhecido o fato de que nem todos chegam tão longe, e de que muitos perdem aquilo que haviam alcançado.

Muito do que foi escrito sobre a integração aplica-se também à localização da psique no corpo. As experiências tranqüilas e excitadas dão cada qual a sua própria contribuição. O processo de localização da psique no corpo se produz a partir de duas direções, a pessoal e a ambiental: a experiência pessoal de impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação. Podemos dar neste ponto uma ênfase especial ao exercício físico, especialmente àquele realizado de forma espontânea. Hoje em dia reconhece-se o valor positivo do pequenino prazer que o bebê usufrui ao ser deixado deitado, nu e esperneando. Os efeitos dos cueiros (enfaixamento) já foram estudados, e verificou-se que eles afetam o desenvolvimento da personalidade.*

* Gorer, G. e Rickman, J. (1949): [The People of Great Russia: A Psychological Study.]

Quando a experiência instintiva é deflagrada em vão, o vínculo entre a psique e o corpo pode vir a se afrouxar ou até mesmo a perder-se. Esse relacionamento, no entanto, retorna com o tempo desde que haja uma boa base para o manejo tranqüilo do bebê.

Na psiquiatria dos adultos o termo "despersonalização" é utilizado para descrever a perda da vinculação entre a psique e o soma. Esse termo pode ser utilizado para descrever um estado clínico comum de crianças normais, um estado que é geralmente chamado de "ataque de bôlís", ainda que o vômito nem sempre esteja presente: a criança fica por algum tempo flácida, pálida como a morte e inacessível a qualquer contato — mas em pouco tempo ela retorna e se mostra perfeitamente normal, com tônus muscular normal e a pele na temperatura adequada.

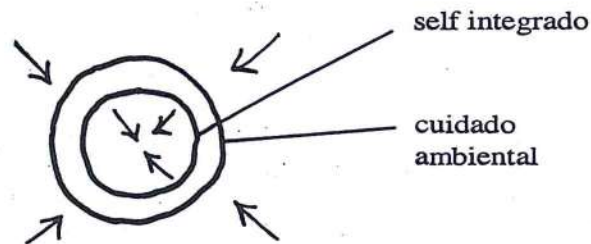
PARANÓIA E INGENUIDADE

O contraste entre dois extremos por vezes é muito instrutivo. No desenvolvimento normal, a integração e a coexistência entre psique e soma dependem tanto de fatores pessoais referentes à vivência das experiências funcionais, quanto do cuidado fornecido pelo ambiente. A ênfase recai algumas vezes sobre o primeiro elemento, e em outras sobre o último.

No primeiro tipo extremo de desenvolvimento, o bebê se vê às voltas com uma expectativa de perseguição. A aglutinação do self constitui um ato de hostilidade para com o não-eu, e o retorno para o descanso não é mais o retorno para um lugar de repouso, porque o lugar foi modificado e se tornou perigoso. Aqui encontramos, portanto, uma fonte muito precoce para a disposição paranóide, muito precoce mas não inata ou verdadeiramente constitucional.

No segundo tipo extremo de desenvolvimento, o cuidado fornecido pelo ambiente é a causa principal para a aglutinação do self. Poderíamos mesmo dizer que o self foi obrigado a aglutinar-se. Neste caso ocorre uma relativa ausência da expectativa de perseguição, mas em compensação teremos aqui a base para a ingenuidade, para a incapacidade de esperar a perseguição, e para uma irrevogável dependência da boa provisão ambiental.

Na criança normal, que se encontra no meio entre os dois extremos, existe a expectativa de perseguição, mas também a expectativa de um cuidado capaz de protegê-la.



A partir desta base, o indivíduo pode tornar-se capaz de substituir o cuidado recebido por um cuidar-de-si-mesmo, e pode desta forma alcançar uma grande independência, que não é possível nem no extremo paranóide nem no extremo ingênuo.

CAPÍTULO 4

OS ESTADOS INICIAIS

DIAGRAMA DO CONJUNTO AMBIENTE-INDIVÍDUO

É possível examinar um estágio ainda mais precoce do desenvolvimento individual, empregando mais uma vez um novo método de apresentação. Proponho agora que utilizemos um diagrama. O ambiente-adquire, neste ponto, sua importância máxima, e tem que estar presente tanto na teoria quanto na prática.

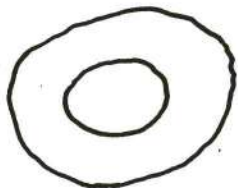
Tudo o que for dito agora terá que se mostrar aplicável ao bebê tanto imediatamente antes quanto logo após o nascimento a termo. Não é necessário decidirmos em que momento preciso o feto se torna uma pessoa, a ser estudada psicologicamente, mas é possível dizer com razoável certeza que, assim como a criança pós-madura mostra sinais de haver permanecido no útero um tempo longo demais, a criança prematura se mostra pouco capacitada a viver experiências como ser humano. Sem dúvida, o momento certo para a criança nascer, do ponto de vista psicológico, é aproximadamente o mesmo que do ponto de vista físico, ou seja, após nove meses de existência intra-uterina.

Os efeitos do processo de nascimento serão estudados no próximo capítulo, mas por ora será necessário encontrarmos uma linguagem aplicável ao feto próximo do parto a termo, de modo que quando examinarmos o efeito do trauma do nascimento sobre o indivíduo tenhamos algo sobre que trabalhar, uma forma de olhar o feto humano que faça algum sentido, e que não seja apenas uma construção imaginada pelo psicólogo. A única pergunta é: em que idade o ser humano começa a ter experiências? Devemos presumir que, antes do parto, o bebê já seja capaz de reter memórias corporais, pois existe uma certa quantidade de evidências de que a partir de uma data anterior ao nascimento, nada daquilo que um ser humano vivencia é perdido. Sabemos que, no útero, os bebês realizam certos movimentos que, a princípio, parecem-se mais com os movimentos natatórios de um peixe. As mães dão imen-

so valor à atividade de seus bebês, e esperam por ela a partir do sexto mês; é possível presumir que as sensações começam por volta da mesma época; de um modo ou de outro, é possível — e até provável — a existência aí de uma organização central que seja normalmente capaz de perceber essas experiências.

Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode *seguir existindo*. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão.* Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, substituída pela reação à intrusão. Cessada a intrusão, a reação também desaparece, e pode haver, então, um retorno ao ser. Parece-me que é uma descrição capaz não apenas de nos levar até a vida intra-uterina sem um grande esforço de imaginação, mas também de ser levada para a frente, podendo ser aplicada de modo útil como simplificação extrema dos processos muitíssimo mais complexos da vida posterior, em qualquer idade.

1.

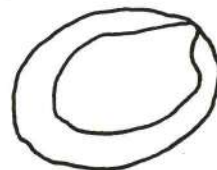


Isto representa o isolamento absoluto do indivíduo, enquanto parte de uma unidade original — o conjunto ambiente-indivíduo.

Surge a pergunta: de que maneira será feito o contato? Como parte do processo vital do indivíduo, ou como consequência da intranquilidade do ambiente?

* A tradução de *impingement* por *intrusão* está consagrada pelo uso psicanalítico. (N. do T.)

2.



Digamos que a adaptação ativa seja quase perfeita. O resultado será como a figura 2. O movimento do próprio indivíduo (talvez o movimento físico real da espinha ou da perna dentro do útero) descobre o ambiente. Isto, repetido, se transforma num padrão de relacionamento.

Num caso menos feliz, o padrão de relacionamento se baseia no movimento do ambiente, como em 3. Isto merece o título de intrusão. O indivíduo reage à intrusão que é imprevisível,

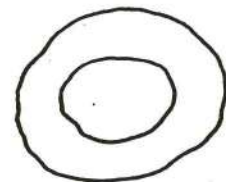
3.



por não ter relação alguma com o processo vital do próprio indivíduo. Isto, quando repetido, também se transforma num padrão de relacionamento, com um resultado bem diferente. Enquanto no primeiro o acúmulo de experiências parece fazer parte da vida, e ser portanto real, no segundo a reação à intrusão sub-

trai algo da sensação de um viver verdadeiro, que é recuperada apenas através do retorno ao isolamento, na quietude (4).

4.



Por meio desta simples representação esquemática é possível mostrar que a influência ambiental pode iniciar-se numa etapa muitíssimo precoce, determinando se a pessoa, ao buscar uma confirmação de que a vida vale a pena, irá partir à procura de experiências, ou se retrairá, fugindo do mundo. A rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devidas à ansiedade ou a um estado depressivo) podem, portanto, tornar-se evidentes para o bebê antes mesmo que este tenha nascido.

↳ além de que não ocorria a entrada da mãe em um estado de dedicação materna primária

Argumentando a partir deste postulado do ser, da continuidade do ser e da interrupção dessa continuidade pelas reações à intrusão e o posterior retorno ao ser, é possível fazer uma afirmação adicional: a de que, a partir de um certo momento anterior ao nascimento, o bebê passa a se habituar às interrupções da continuidade e se torna capaz de admiti-las, desde que elas não sejam intensas demais, nem excessivamente prolongadas. Em termos somáticos, isto quer dizer que o bebê não apenas teve experiências de mudança de pressão, temperatura e outros fatores ambientais simples, mas também que foi capaz de reconhecê-las e começou a organizar um modo de lidar com elas. Do ponto de vista do observador, o ambiente é tão importante quando há uma simples continuidade do ser quanto no momento em que ele provoca uma intrusão e a continuidade é interrompida pela reação. Para o bebê, entretanto, não há motivo algum para tomar conhecimento de um ambiente suficientemente bom. O ambiente suficientemente bom, devemos lembrar, é absolutamente essencial para o desenvolvimento natural do ser humano que está começando a viver.

As tentativas de estudar a psicologia dos estágios muito precoces do desenvolvimento humano foram prejudicadas, e geralmente se mostraram sem valor, devido à incapacidade dos psicólogos de fazer menção a este ambiente suficientemente bom, a respeito do qual o bebê está intrinsecamente inconsciente, mas sem o qual o seu desenvolvimento é impossível. Esta consideração por vezes apresenta uma aplicação prática mesmo no decorrer de um tratamento psicanalítico comum. Mencionei, como exemplo, o caso de um paciente que, a certo ponto de sua análise, deitado de costas no divã, disse:

“Justo naquele instante, eu estava todo enroscado, bem aqui em frente ao meu rosto, e eu estava girando, girando. . .”

Imediatamente coloquei um ambiente ao redor desse bebê todo enroscado, dizendo para o paciente: “Quando você me conta isso, você também deixa implícita uma coisa da qual você não poderia saber, ou seja, a existência daquilo que eu chamaria um meio.” (Eu estava me referindo, é claro, tanto ao meio físico do útero quanto ao ambiente psicológico.) O paciente disse: “Entendo o que você quer dizer, é como o óleo no qual as engrenagens funcionam.” (Em analogia com uma caixa de marchas.)

Pelo fato de eu saber o que fazer com esse episódio de retraimento, a experiência transformou-se num momento de regressão muito importante da análise, possibilitando grandes mudanças, inclusive uma nova forma de o paciente lidar com a realidade externa.

Em todos os tipos de cuidado com crianças, ou com pessoas físicas ou mentalmente doentes, este simples diagrama de um meio contendo o indivíduo é muito útil para a pessoa que representa o ambiente.

O princípio básico é o de que a adaptação ativa às necessidades mais simples (o instinto ainda não tomou posse de seu lugar central) permite ao indivíduo SER sem ter que tomar conhecimento do ambiente. Além disso, as falhas na adaptação interrompem a continuidade do ser, acarretando reações à intrusão ambiental e um estado de coisas que não pode ser produtivo. O narcisismo primário, ou o estado anterior à aceitação de que existe um meio ambiente, é o único estado a partir do qual o ambiente pode ser criado.

EFEITO DA GRAVIDADE

Há uma consideração secundária importante que afeta o cuidado de crianças muito pequenas, bem como o trabalho com pacientes psicóticos muito graves, em estado de regressão profunda seja em razão de sua doença, seja em decorrência de tratamento motivado por sua doença. Refiro-me à primeira experiência com a ação da gravidade.

É necessário postularmos um estágio, pertencente à vida intra-uterina, no qual a força da gravidade ainda não entrou em cena. O amor, ou o cuidado, só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através de uma adaptação do ambiente proveniente de todas as direções. Uma das mudanças provocadas pelo nascimento é a de que o recém-nascido precisa adaptar-se a algo absolutamente novo, a vivência de estar sendo empurrado de baixo para cima, em vez de ser contido em toda a sua volta. O bebê muda da condição de ser amado por todos os lados para a condição de ser amado somente de baixo para cima. As mães reconhecem este fato pela maneira como seguram seus bebês e às vezes os enrolam de alto a baixo em roupas bem apertadas: elas procuram dar tempo ao bebê para que ele se acostume ao novo fenômeno. A inabilidade em lidar com esta mudança da era pré-gravitacional para

a da gravidade fornece a base para o sonho de cair para sempre, ou de estar sendo carregado para alturas infinitas. A partir da sintomatologia de pacientes adultos fica claro que, do ponto de vista do bebê, a mudança de uma etapa para a outra pode significar uma mudança do sentimento de estar sendo amado para o de estar sendo tratado com desleixo.

CAPÍTULO 5

UM ESTADO PRIMÁRIO DO SER: OS ESTÁGIOS PRÉ-PRIMITIVOS

→ sem diferença
entre eu e mãe - eu

No início há a não-integração, não há vínculo algum entre corpo e psique, e não há lugar para uma realidade não-EU. Teoricamente, este é o estado original, não padronizado e não planejado. Na prática isto não é verdade, pois o bebê está sendo cuidado, ou seja, amado, e isto quer dizer fisicamente amado. A adaptação à necessidade é quase completa.

Ao examinarmos as raízes mais precoces do desenvolvimento emocional, encontramos uma dependência cada vez maior. Nos estágios iniciais a dependência do ambiente é tão absoluta que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade. Nesse estágio, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo (ou um nome mais adequado que se lhe possa dar), unidade da qual o novo indivíduo é apenas uma parte. Neste estágio tão inicial não é lógico pensarmos em termos de um indivíduo, e não apenas devido ao grau de dependência ou apenas porque o indivíduo ainda não está em condições de perceber o ambiente, mas também porque ainda não existe ali um self individual capaz de discriminar entre o EU e o não-EU.

Ao olharmos, vemos uma mãe, e um bebê desenvolvendo-se em seu útero, ou seguro em seus braços, ou sendo cuidado por ela de alguma outra forma. Mas se olharmos através dos olhos do bebê, veremos que ainda não há um lugar a partir do qual olhar. No entanto, a semente de todo o desenvolvimento futuro está ali, e a continuidade da experiência de ser é essencial para a saúde futura do bebê que virá a ser um indivíduo.

Qual é o estado do indivíduo humano quando o ser emerge do interior do não-ser? Onde fica a base da natureza humana em termos do desenvolvimento individual? Qual o estado fundamental ao qual todo ser humano, não importa a sua idade ou experiências pessoais, teria que retornar se desejasse começar tudo de novo?

A proposição de uma condição deste tipo envolve um paradoxo. No princípio há uma solidão essencial. Ao mesmo tempo, tal solidão

somente pode existir em condições de dependência máxima. Aqui, neste início, a continuidade do ser do novo indivíduo é destituída de qualquer conhecimento sobre a existência do ambiente e do amor nele contido, sendo este o nome que damos (nesse estágio) à adaptação ativa de uma espécie e dimensões tais, que a continuidade do ser não é perturbada por reações contra a intrusão.

Com exceção do próprio início, não haverá jamais uma reprodução exata desta solidão fundamental e inerente. Apesar disso, pela vida afora do indivíduo continua a haver uma solidão fundamental, inerente e inalterável, ao lado da qual continua existindo a inconsciência sobre as condições indispensáveis a este estado de solidão.

O desejo de alcançar esse estar sozinho é bloqueado por diversas ansiedades, e por fim ele se oculta no interior da capacidade da pessoa saudável de estar a sós e se fazer cuidar por uma parte do self especialmente destacada para tomar conta do todo. *→ capacidade de estar só*

O estado anterior ao da solidão é um estado de não-estar-vivo, sendo que o desejo de estar morto é em geral um disfarce para o desejo de ainda-não-estar-vivo. A experiência do primeiro despertar dá ao indivíduo a idéia de que existe um estado de não-estar-vivo cheio de paz, que poderia ser pacificamente alcançado através de uma regressão extrema. Muito do que geralmente é dito e sentido a respeito da morte, na verdade se refere a este estado anterior ao estar-vivo, no qual o estar sozinho é um fato e a dependência ainda se encontra muito longe de ser descoberta. A vida de uma pessoa consiste num intervalo entre dois estados de não-estar-vivo. O primeiro dos dois, a partir do qual emerge o estar-vivo, dá colorido às idéias que as pessoas costumam ter sobre o segundo.

Freud falou sobre o estado inorgânico do qual se origina cada indivíduo e ao qual todo indivíduo retorna, e com base nisto formulou a sua idéia dos Instintos de Vida e de Morte. Ao propor este fato óbvio sugerindo que ali estava oculta uma verdade, Freud nos deu uma amostra de seu gênio. No entanto, nem o uso que Freud fez desse fato nem o desenvolvimento da teoria dos Instintos de Vida e de Morte a partir do mesmo foram capazes de me convencer, e seria mais útil aos que pretendem levar adiante o trabalho de Freud que, deste ponto em diante, abandonem tudo exceto a idéia original.

Gostaria de justapor duas formulações diferentes, reconhecendo o paradoxo; um observador pode perceber que cada ser humano individual emerge como matéria orgânica da matéria inorgânica, e no devido

tempo retorna ao estado inorgânico. (Mesmo isto não é de todo correto, já que o indivíduo desenvolve-se a partir de um ovo que tem sua pré-história em todos os ovos ancestrais, fertilizados desde que a matéria orgânica emergiu do inorgânico, há muitos milhões de anos atrás); ao mesmo tempo, do ponto de vista do indivíduo e da experiência individual (que constitui a Psicologia), o indivíduo emerge não do inorgânico mas da solidão. Este estado surge antes do reconhecimento da dependência, entendendo-se a dependência como ocorrendo em relação a uma confiabilidade absoluta. Este estado é muito anterior ao instinto, e mais longínquo ainda da capacidade de sentir culpa. Haveria então algo mais natural do que tentar recuperar esse estado já vivenciado, utilizando-o como explicação para a morte incognoscível que vem depois?

O bebê (ou o feto) não tem capacidade alguma de se preocupar com a morte. No entanto, deve existir em qualquer bebê a capacidade de se preocupar com a solidão da pré-dependência, já que esta foi de fato experimentada. Essa idéia não está sujeita, a meu ver, a alterações por possíveis incertezas quanto à data em que o bebê humano começa a existir.

O reconhecimento desta experiência humana de solidão pré-dependente é imensamente significativo. Ao desenvolver posteriormente sua teoria sobre os Instintos de Vida e de Morte, Freud introduz a morte perceptível, a distinção perceptível entre o orgânico e o inorgânico, e também a idéia da destrutividade, mas ao mesmo tempo omite qualquer referência à dependência original, dupla, porque nem é percebida ainda, e à crescente sensação e percepção da dependência. Ao final, sua teoria se torna uma falsa teoria da morte que ocorre como um fim para a vida, e uma teoria da agressividade que também se revela falsa, porque deixa de lado duas fontes vitalmente importantes da agressão: aquela inerente aos impulsos do amor primitivo (no estágio anterior ao concern, independente das reações à frustração), e aquela pertencente à interrupção da continuidade do ser pela intrusão que obriga a reagir. O desenvolvimento da teoria psicanalítica até o ponto em que estes e outros fenômenos puderam ser abarcados talvez tenha tornado redundante a teoria freudiana dos Instintos de Vida e de Morte, e as dúvidas do próprio Freud quanto à validade da sua teoria tornaram-se, a meu ver, mais importantes que a teoria em si mesma. De qualquer modo, é sempre possível que eu tenha compreendido mal as verdadeiras intenções de Freud.

→ descrição da teoria dos pulsões

Se é possível encontrar a sequência – solidão, dupla dependência, impulso instintivo anterior à compaixão (*ruth*), e logo a preocupação (*concern*) e a culpa, não parece necessário recorrermos a um “Instinto de Morte”. Se, no entanto, não existe um componente agressivo no impulso do amor primitivo, mas apenas raiva pela frustração, e se, portanto, a mudança do comportamento implacável (*ruthlessness*) para a preocupação (*concern*) não apresenta importância alguma, será necessário olhar em volta em busca de uma outra teoria da agressividade, e nesse caso teremos de reexaminar o Instinto de Morte.

A morte, para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental (o fracasso total da adaptação suficientemente boa). Não há necessidade de ir além desse ponto, forçando a teoria a dar conta de um conhecimento infantil do não-estar-vivo, conhecimento este inevitavelmente absurdo, pois implicaria num grau muito elevado de desenvolvimento que por hipótese ainda não teria ocorrido.

→ morte seria igual a perda do self real, do sentido de ser

modo de uma desintegração

→ quais são as ansiedades oriundas da integração?

CAPÍTULO 6

CAOS

* capacidade incipiente da percepção de continuidade do ser no tempo

Não é necessário postular um estado original de caos. Caos é um conceito que traz consigo a idéia de ordem; a escuridão tampouco está presente no início, já que a escuridão implica na idéia de luz. No início, antes que cada indivíduo crie o mundo novamente, existe um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo.

O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais. O caos é, primeiramente, uma quebra na linha do ser, e a recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade do ser, ocorre que devido às leis elementares da economia, uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo.

O caos se torna significativo exatamente no momento em que já é possível discernir algum tipo de ordem. Ele representa uma alternativa para a ordem, e ao tempo em que o próprio caos pode ser vivenciado pelo indivíduo, ele já se transformou numa espécie de ordem, um estado que pode se tornar organizado como defesa contra ansiedades associadas à ordem.

O caos adiciona a si mesmo um novo sentido ao referir-se à ordem que chamamos de integração. A não-integração, o estado primário, não é caótica. A desintegração, sim, é caótica, pois representa uma alternativa para a ordem, e podemos dizer que ela é uma organização defensiva grosseira, uma defesa contra as ansiedades trazidas pela integração. Contudo, a desintegração não é um estado que possa prosseguir por si mesmo, e durante o tempo em que ela deve ser mantida, o desenvolvimento emocional permanecerá estacionário. Cada tipo de caos contribui para o caos pertencente às etapas subsequentes, de modo que recuperar-se do caos anterior melhora as perspectivas de recuperação numa etapa mais tardia.

Sem dúvida, existe um certo grau de ambiente caótico que inevitavelmente resulta num estado caótico defensivo por parte do indivíduo, resultado este difícil de distinguir clinicamente do retardo mental devido a um tecido cerebral empobrecido. A deficiência é, neste caso, uma consequência da parada no desenvolvimento ocorrida num estágio demasiadamente precoce.

O caos no mundo interno é um fenômeno bem posterior. Na linguagem dos fenômenos mais tardios, o caos no mundo interno consiste num estado organizado derivado do sadismo oral, e pertence à vida instintiva de um ser humano que já alcançou o *status* de unidade, possuindo um interior e um exterior. As ansiedades hipocondríacas pertencem a este caos interno, e a depressão (em uma de suas formas) implica num controle mágico sobre todos os fenômenos internos, ficando pendente a reconstituição da ordem interior.

O caos no mundo externo engendrado por um paciente depressivo representa a tentativa do indivíduo de mostrar como é o seu interior. A defesa contra este procedimento pode levar o indivíduo a tornar-se obcecado pela necessidade de ordem no mundo externo, como ocorre na neurose obsessiva; mas o comportamento obsessivo aponta, o tempo todo, para o caos interno, o que torna a ordem obsessiva incapaz de curar, já que ela lida somente com a representação externa da negação do caos interior *

Em primeiro lugar, pois, não há caos, já que não existe ordem. Ao que lá está, chamamos de não-integração. O caos ocorre em relação à integração, e um retorno ao caos é chamado de desintegração.

Os estados defensivos seguintes não são caóticos; por sua natureza, fazem parte da cisão. A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível através do cuidado materno. Na ausência de uma adaptação ativa suficientemente boa, a cisão se torna significativa, com os seguintes resultados:

- A. a raiz do verdadeiro self dotado de espontaneidade permanece relacionada onipotentemente ao mundo subjetivo, incomunicável, e
- B. o falso self baseado na submissão (destituído de espontaneidade) relaciona-se com o que chamamos de realidade externa.

* pode ser então que quando o verdadeiro self surgir ele ainda terá resquícios da relação com a onipotência infantil

* desintegram quando

Gradualmente, à medida que o desenvolvimento se processa, o indivíduo pode absorver a cisão que existe na personalidade, e nesse caso o estar dividido é chamado de dissociação.

Ao ser alcançado o *status* de unidade e a posição depressiva, torna-se possível dramatizar o caos, a cisão e a dissociação no mundo interno pessoal, fazendo com que os complexos resultados das experiências instintivas pessoais sejam incorporados a estas dramatizações.

A desintegração, depois que o indivíduo atingiu o *status* de unidade, consiste num desfazer organizado da integração, produzido e mantido em razão de ansiedades intoleráveis na vivência da totalidade. A cisão relativa à integração ocorre ao longo das linhas de clivagem na estrutura do mundo interno, ou de alguma clivagem percebida no mundo externo.

Dissociação é um termo que descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos. Por exemplo, pode ocorrer uma ausência da comunicação entre os estados de sono e vigília. Os sonhos, neste caso, não são lembrados. Existe uma dissociação normal (no tempo) entre a vida de uma criança de 3 anos e a vida dessa mesma criança após crescer alguns anos. A dissociação pode aparecer sob a forma de uma tendência a "ausências", períodos de vida ou comportamento fora do normal, e que não são lembrados posteriormente.

O indivíduo torna-se então capaz de perder contato com as vastas estruturas associadas aos níveis primitivos da existência, e usufruir da consciência enriquecida, mas também atormentada, pelo inconsciente. Certos elementos do self permanecem de todo inaceitáveis, formando-se então uma nova espécie de inconsciente — o inconsciente reprimido.

Repressão é o nome dado à perda, pela consciência de uma pessoa mais ou menos saudável, de um conjunto de sentimentos, memórias e idéias tendo como causa a dor intolerável que ocorre quando são trazidos à consciência o amor e o ódio coincidentes, bem como o temor à retaliação. Aliada à repressão encontra-se a inibição dos instintos. O alívio trazido pela psicanálise em sua utilização habitual diz respeito à repressão, por permitir ao paciente tomar consciência do conflito e tolerar a ansiedade referente à livre expressão dos instintos.

Se o desenvolvimento transcorre favoravelmente, o indivíduo torna-se capaz de enganar, mentir, negociar, aceitar o conflito como um fato, e abandonar as idéias extremas da perfeição e do seu oposto, que tornam a existência intolerável. O compromisso não é uma característica dos insanos.

O homem maduro nem é tão bonzinho nem tão desprezível quanto o imaturo. A água no copo é barrenta, mas não é barro.*

* (Expressão equivalente ao oposto de ditado popular "Nem tudo que reluz é ouro". N. do T.)

CAPÍTULO 7

A FUNÇÃO INTELECTUAL

I - soma
II - psique
III - mente

No início há o soma, e então a psique, que na saúde vai gradualmente ancorando-se ao soma. Cedo ou tarde aparece um terceiro fenômeno, chamado intelecto ou mente.

A melhor abordagem para o estudo do lugar da mente na natureza humana é a partir da base mais simples fornecida pelo psico-soma, havendo um ambiente suficientemente bom.

De início, o ambiente deve proporcionar 100% de adaptação à necessidade, pois de outra forma o estado do ser é interrompido pela reação à intrusão. Em breve, porém, a adaptação total já não é necessária, e uma desadaptação gradual se revela muito útil (além de ser inevitável). O intelecto começa a explicar, admitir e antecipar a desadaptação (até certo ponto), transformando assim a desadaptação novamente em adaptação total. As experiências são catalogadas, classificadas e relacionadas a um fator tempo. Muito antes de o pensamento se transformar numa característica, possivelmente necessitando de palavras para se realizar, o intelecto já tem uma tarefa a cumprir. A função intelectual varia enormemente de um bebê a outro, visto que o trabalho a ser realizado pela mente depende não de fatores inerentes ao ser ou do crescimento em si mesmo, mas do comportamento do ambiente, ou seja, da mãe que cuida do bebê. Um relacionamento caótico (se a mãe é insana) provoca um tumulto intelectual e um tipo de deficiência mental, mas uma pressão ligeiramente aumentada da desadaptação no começo pode levar a um crescimento intelectual superdimensionado, e a um desenvolvimento mental que poderá ser utilizado posteriormente de modo valioso, ainda que esta condição acarrete uma certa instabilidade, já que o fenômeno é mais reativo que inerente.

Em alguns casos extremos, o intelecto superdesenvolvido – bem sucedido em confrontar-se com a desadaptação à necessidade – torna-se importante para a economia da criança, a ponto de se transformar numa espécie de babá que age como mãe substituta, cuidando do bebê que existe no self da criança. A mente, nesses casos, tem uma função

→ a mente ~~age~~ age como uma babá, mas se distancia do psico-soma e o comanda

falsa e uma vida própria, dominando o psico-soma em vez de ser uma função específica do mesmo. O resultado pode vir a agradar aos pais e professores que prezam a esperteza. Mas o psiquiatra conhece também os perigos e a irrealidade de tudo aquilo que se desenvolveu desta maneira. Esta abordagem que estuda a utilização da mente deve ser justa-posta ao estudo da capacidade intelectual, relativa à qualidade do tecido cerebral e portanto basicamente hereditária. É a esta característica do intelecto que se pretende examinar nos testes rotineiros de inteligência, tão criteriosamente desenvolvidos nos últimos anos. Não se deve, porém, utilizá-los para avaliar qualquer aspecto da personalidade ou do desenvolvimento emocional.

CAPÍTULO 8

RETRAIMENTO E REGRESSÃO

→ quando ocorreria a regressão

Nos estágios finais de uma psicoterapia, em que ocorre uma regressão limitada à situação analítica, desenvolvida e mantida no interior do *setting* profissional adequado, torna-se evidente a existência de uma ligação muito estreita entre esta regressão e o que em geral chamamos de retraimento. O retraimento é um fenómeno comum, e se as condições não são favoráveis, ele se organiza de um modo hostil, levando à descrição da pessoa como "irritadica" ou "mal-humorada".

É útil pensar no retraimento como uma condição em que a pessoa em questão (criança ou adulto) mantém regredida uma parte do self nutrindo-a à expensas dos relacionamentos externos.

Quando ocorre uma regressão no decorrer de uma psicoterapia na qual existem condições para observações e intervenções mais delicadas, o terapeuta rapidamente entra em cena e toma conta do bebê, e então a pessoa entrega a função de nutrir ao terapeuta, e desliza para a posição do bebê. → VCSH

O retraimento representa um comportamento autoprotetor, bastante útil, mas o retorno do retraimento não traz alívio, além de ser sujeito a complicações durante o processo. A regressão, no entanto, tem uma qualidade curativa, pois é possível reformular experiências precoces através da regressão, havendo algo de verdadeiramente repousante quando se experimenta e se reconhece a dependência. O retorno da regressão depende da reconquista da independência, e se isto é bem trabalhado pelo terapeuta, a consequência é que a pessoa se encontrará numa situação melhor do que antes do episódio. Tudo isto depende obviamente da existência da capacidade de confiar, tanto quanto da capacidade do terapeuta de fazer juízo à confiança. E é possível que ocorra uma longa fase preliminar do tratamento consistindo exatamente na construção dessa confiança.

Na regressão ocorrida dentro de um processo terapêutico o paciente (de qualquer idade) deve revelar-se capaz de em algum momento alcançar uma não-consciência do cuidado ambiental e da dependência,

pois ele não precisa pensar nisso

o que significa que o terapeuta está dando uma adaptação suficientemente boa à necessidade. Vemos aqui um estado de narcisismo primário, que deve ser alcançado em algum momento do tratamento. No caminho de retorno, o paciente precisa que o terapeuta exerça duas funções – a pior função que se pode imaginar em todos os aspectos, e a melhor de todas – ou seja, a função da figura materna idealizada engajada em cuidar com perfeição de seu bebê. O reconhecimento do terapeuta idealizado e muito mau caminha passo a passo com a gradual aceitação, por parte do paciente, do bem e do mal existentes no self, da desesperança ao mesmo tempo que da esperança, daquilo que é real e daquilo que não é, ou seja, de todos os extremos contrastantes. Ao final, se tudo vai bem, há uma pessoa que é humana e imperfeita relacionando-se com um terapeuta que é imperfeito, no sentido de não desejar agir perfeitamente para além de um certo nível, e para além de um certo período de tempo.

Estes mesmos fenômenos fazem parte do cuidado normal de uma criança pequena, mas são mais difíceis de se estudar pela observação direta da mãe e do bebê do que pelo estudo da situação terapêutica.

CAPÍTULO 9

A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO

É inteiramente possível afirmar que não existe qualquer conhecimento preciso quanto aos efeitos do processo de nascimento sobre o bebê que está nascendo. É até mesmo difícil provar a existência de um efeito, qualquer que seja ele. Muitos poderiam argumentar que não é possível existir esse efeito, já que o bebê ainda não está ali na condição de um ser humano a ser afetado. O ponto de vista que estou adiantando aqui é o de que no momento do nascimento a termo já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas (como a interrupção da continuidade do ser pela reação contra intrusões do ambiente, na medida em que este falha em sua missão de se adaptar).

De acordo com este ponto de vista, os fetos que completam o período de gravidez chegam ao momento do parto cada qual com sua capacidade individual (ou sua incapacidade) de lidar com as grandes mudanças que ocorrem naquele momento. É preciso lembrar neste contexto a extrema variabilidade de graus em que o episódio do nascimento será traumático para o bebê, presumindo-se que o bebê está ali na condição de algo que se deve levar em consideração.

Devo postular aqui um nascimento normal, ou seja, uma mudança do estado intra-uterino para o de recém-nascido que não tenha sido traumática.

Surge a questão: o que significa aquela expressão em termos da psicologia do bebê? O nascimento normal implica em três grandes características: em primeiro lugar, a de que o bebê experimenta uma interrupção maciça da continuidade do ser (pela intrusão relativa à mudança de pressão, etc.) mas já alcançou em grau suficiente a capacidade de construir pontes sobre os abismos da continuidade do ser, que as reações contra a intrusão representam. A segunda é de que o bebê já possui memórias de sensações e impulsos que são fenômenos próprios do self, já que pertencem a períodos de ser em vez de a momentos de reação. O terceiro aspecto pressupõe que a mecânica do parto não seja

muito anormal, quer dizer, que o parto não seja nem precipitado nem excessivamente prolongado. A partir destes três pontos é possível imaginar um nascimento no qual, do ponto de vista do bebê, a mudança do estado intra-uterino para o estado de recém-nascido é provocada pelo próprio bebê, que está biologicamente pronto para as mudanças e que seria afetado de modo adverso pelo seu adiamento. Com isso quero dizer que o bebê tem uma série de impulsos e que a progressão em direção ao nascer surge no interior da capacidade do bebê de se sentir responsável. Sabemos obviamente que o nascimento foi provocado pelas contrações uterinas. *Do ponto de vista do bebê*, foi o seu próprio impulso que produziu as mudanças e a progressão física, em geral começando pela cabeça, em direção a uma nova e desconhecida posição. Com certeza seria normal a existência de um grau considerável de reação a estas novas e variadas sensações intrusivas, de modo que devem ocorrer inevitavelmente repetidas interrupções da continuidade do ser, exigindo o máximo da capacidade do bebê de tolerar essas interrupções. É necessário partir do ponto de vista de que pode existir um nascimento que, do ponto de vista do bebê, não seja excessivamente intrusivo, e que seja produzido pelos impulsos em direção ao movimento e à mudança que se originam diretamente do estar-vivo do bebê. A mudança de estado do bebê da não-respiração para a respiração é muitas vezes utilizada como exemplo da natureza essencialmente traumática do nascimento.

Sugiro, entretanto, que a experiência prévia adquirida pelo bebê em recuperar-se das reações contra a intrusão, mais o estado de aptidão biológica para a mudança representada pela respiração propriamente dita, podem dar conta deste início da respiração; de fato, um bebê pós-maturo pode estar no momento do nascimento já em pleno sofrimento provocado pelo adiamento da respiração. De modo semelhante, um bebê prematuro poderá perder alguma coisa do valor relativo à experiência do nascimento.

O bebê nascido de uma intervenção cesariana é um caso especial. O estudo do padrão de ansiedade das pessoas nascidas por cesariana poderia facilmente fornecer interessantes informações adicionais sobre o problema do significado do nascimento para o bebê, como já havia sido sugerido pelo próprio Freud.*

Estou presumindo, portanto, que no nascimento normal não há an-

* Comunicação pessoal [de Freud] a John Rickman.
[Ver também Freud (1905)].

tecipação nem adiamento, e que o bebê nascido de cesariana, ainda que em certos aspectos esteja em melhores condições que os outros bebês, terá perdido alguma coisa por ter sido privado da experiência comum do nascimento. A variável mais importante aqui é o adiamento, muito freqüente nos processos de parto pelo fato de, em nossa cultura, as mães começarem a ter bebês um tanto tarde; isto, somado às inibições típicas da civilização, acrescido ainda do fato representado pelas dimensões da cabeça do bebê humano, produz um estado de coisas no qual podemos esperar uma elevada taxa de partos anormais. Ligeiros graus de adiamento superiores à capacidade do bebê de tolerá-los devem ser bastante comuns, e clinicamente é possível encontrar aqui a base para um interesse intelectual na questão do tempo, do parcelamento do tempo, e do desenvolvimento de um senso de *timing*. Muitos seres humanos trazem memórias corporais do processo de nascimento como um exemplo marcante de um adiamento para além da compreensão, já que para um bebê que reage à intrusão de um parto adiado não há precedentes nem unidades de medida possíveis pelas quais mensurar o adiamento ou prever as conseqüências. Não há meios de fazer o bebê saber, durante um parto demorado, que meia hora ou algo equivalente será suficiente para resolver o problema, e por esta razão o bebê é apinhado por uma espera indefinida ou "infinita". Esse tipo de experiência dolorosa fornece uma base muito poderosa para coisas tais como a questão da forma na música, onde, sem a rigidez da moldura, a idéia do fim é mantida diante do ouvinte desde o início. A música sem forma aborrece. E a inexistência de formas é infinitamente enfadonha para aqueles que se sentem particularmente aflitos por este tipo de ansiedade, por conta de adiamentos impossíveis de compreender ocorridos em sua primeira infância. A música dotada de estrutura formal clara é reassseguradora em si mesma, para além dos seus outros valores musicais propriamente ditos.

Este é um exemplo bastante sofisticado. Muitas pessoas não conseguem utilizar a forma para reasssegurar-se contra a sensação do infinito. Para estas, é necessária uma programação rígida, baseada em marcações rigorosas comandadas pelo relógio, para não serem avassaladas pelo aborrecimento. A idéia de um adiamento infinito deriva muito provavelmente de um processo de nascimento não inteiramente normal, tornando especialmente importante para certos bebês a habilidade de adivinhar as probabilidades mentalmente, de modo a poderem prever a hora da comida baseando-se nos sons que vêm da cozinha, ou tolerar

→ O medo da espera infinita

uma eventual demora pela compreensão das razões que impedem a sua mãe de ser pontual.

No processo de nascimento ocorre essa grande mudança devida ao início do ato de respirar. Posso evidências provenientes do trabalho clínico que mostram que o bebê pode se tornar consciente da respiração da mãe, no sentido de perceber os movimentos abdominais ou as mudanças rítmicas de pressão e ruído, e como após o nascimento o bebê pode vir a necessitar de um reatamento do contato com as funções fisiológicas da mãe, especialmente sua respiração. Por esta razão, acredito ser provável que certos bebês precisam do contato pele a pele com a mãe, e especialmente da sensação de serem movimentados pelo sobe e desce de sua barriga. É possível que para o bebê recém-nascido a respiração significativa é a da mãe, enquanto a sua própria respiração acelerada não tem sentido algum, até que esta comece a se aproximar da frequência do ritmo respiratório da mãe. Com certeza muitos bebês, sem saberem o que estão fazendo, brincam com ritmos e contra-ritmos, e uma observação cuidadosa pode mostrar que às vezes o bebê está tentando acertar seu ritmo respiratório com a frequência cardíaca (por exemplo respirando uma vez a cada 4 batimentos cardíacos). Algum tempo depois é possível encontrá-lo lidando com a diferença entre o seu ritmo respiratório e o de sua mãe, procurando talvez criar situações de relacionamento baseadas primeiramente numa respiração de frequência dupla ou tripla.

É possível que a sequência seja a seguinte: percepção (awareness) intra-uterina da respiração da mãe; percepção extra-uterina da respiração da mãe; e a percepção da própria respiração. Haverá sem dúvida casos específicos nos quais não exista nenhuma razão especial para uma consciência (awareness) da respiração, além do fato fisiológico rotineiro, fazendo com que a criança respire e se torne consciente da respiração sem que haja coisa alguma de maior interesse a ser dita. Mas isto não seria necessariamente normal. Seria mais próprio do desenvolvimento dos deficientes mentais. Mas como há seres humanos de todos os tipos, pode ser que existam bebês para os quais a respiração não seja realmente muito importante, por terem outras coisas de maior interesse exigindo sua atenção, tais como imagens eidéticas, ou algo equivalente no campo auditivo ou no campo cinestésico.

Do ponto de vista do bebê, o nascimento anormal significa aquilo que do nosso ponto de vista chamamos de trabalho de parto prolongado. Muitas das diversas complicações que conhecemos enquanto obser-

vadores adultos não devem significar coisa alguma para o bebê que está nascendo. Temos evidências, no entanto, de que aquilo que o bebê percebe é catalogado, exceto quando o adiamento ou as possíveis dores da constrição perturbam demasiadamente, ou ocupam um período tão longo que a continuidade do ser é rompida. Além da vulnerabilidade do recém-nascido a ataques convulsivos provocados por agressões à córtex, podem ocorrer os assim chamados "blackouts" destituídos de base física. A possibilidade de que estes episódios forneçam um padrão para o desenvolvimento das "ausências" num estágio posterior deve ser mantida em mente. Parece que o bebê só consegue experienciar uma parte dos traumas do nascimento, e que o pior fica por conta não das severas perturbações que produzem inconsciência, mas de certas situações torturantes em que há uma progressão repetida não muito intensa e que repetidamente fracassa em atingir os resultados.

Segue-se a tudo isto que, se o todo, ou uma parte destas coisas, for verdadeiro, existe sim um sentido muito real para o termo normal como descrição de um bebê recém-nascido.

Muitos bebês nascem em condições que não podemos chamar de normais, necessitando por isso de um exagero nas técnicas de cuidado infantil, com as quais a mãe recria um ambiente tão próximo quanto possível das condições intra-uterinas. Nestes casos parece haver uma necessidade bastante frequente de estar no colo em silêncio após o nascimento. É provável não só que a pele seja muito sensível às mudanças de textura e temperatura, mas que a mesma afirmação possa ser feita em termos psicológicos gerais.

É provável que, nas técnicas de berçário mais cuidadosas, seja permitido ao bebê que passou por um parto especialmente complicado permanecer por um tempo prolongado no estado mais simples possível, ou no colo ou no seu substituto que esteja mais à mão. Pegar um bebê recém-nascido e submetê-lo a limpezas ou banhos imediatamente após o nascimento não pode ser um procedimento legítimo em todos os casos. Muitos bebês necessitam de um período no qual possam, por assim dizer, recuperar o equilíbrio, ou seja, recuperar a sensação de continuidade do ser, em vez da reação à intrusão, a fim de que possam começar novamente a ter impulsos e até mesmo a buscar o alimento. É muito valioso para a mãe ver o bebê e mesmo senti-lo contra o seu corpo imediatamente após o nascimento, e algumas mães acham que isto é tão importante, que não toleram sequer o estado de

sonolência, a não ser que possam recuperar-se dele imediatamente após o parto. Seria pouco preciso, entretanto, dizer que *todos* os bebês estão prontos para encontrar suas mães imediatamente após o nascimento, visto que muitos teriam tido experiências das quais eles próprios precisam se recuperar. Ainda não é inteiramente aceito que tanto a mãe quanto o bebê que não esteja perturbado demais terão muito a ganhar com alguns momentos passados juntos, com o bebê em contato pele a pele e talvez embalado pela respiração da mãe. Não há porque discutir a importância de um interesse imediato na alimentação, ainda que parece haver lugar para qualquer tipo de variação dentro dos limites da normalidade.

A meu ver, as perturbações que o bebê pode vir a sofrer na experiência do nascimento não devem ser consideradas apenas em termos de ruptura de meninges ou hemorragias na medula. Estes traumas físicos ocorrem com frequência considerável, e às vezes as condições físicas predominam sobre todas as outras, mas nos casos considerados normais não há problemas físicos suficientes para que as necessidades emocionais da mãe e do bebê sejam deixadas de lado.

Possivelmente, a melhor prova de que a experiência do nascimento é uma experiência real, ou em outras palavras, de que o bebê já está realmente em condições de ter experiências, é dada pelo grande prazer que praticamente todas as crianças (e também muitos adultos) extraem de atividades e jogos que envolvem a dramatização de um ou outro aspecto do processo de nascimento. Desta forma mais uma vez se pode ver que, na medida em que o processo de nascimento é normal, ele é de grande valor para o bebê, a ponto de podermos dizer que um bebê nascido em estado de anestesia profunda devida à anestesia da mãe terá perdido alguma coisa importante.

Existem pesquisadores que, tendo encontrado evidências de memórias corporais pertencentes ao processo de nascimento, não acreditam que no momento do nascimento esteja presente um indivíduo capaz de ter experiências. Às vezes, eles procuram um caminho que resolva o problema postulando um inconsciente da espécie, um tipo de memória do nascimento herdada, surgida dos inumeráveis nascimentos anteriores experimentados pelos ancestrais. Mas a teoria do inconsciente da espécie pode muito facilmente ser utilizada para empurrar para o lado os importantíssimos e interessantíssimos fenômenos do desenvolvimento do indivíduo, e das memórias da experiência pessoal.

Não é muito claro até que ponto o próprio Freud acreditava que

cada pessoa retém memórias corporais do seu próprio processo de nascimento, ou se ele acreditava em algo parecido com o inconsciente da espécie, quando observou que o padrão de ansiedade pode ser determinado (de qualquer forma parcialmente) pelas experiências de nascimento do indivíduo. É possível que ele acreditasse primeiramente numa memória da espécie, mas posteriormente passou a pensar mais em termos da história do próprio indivíduo.

É bastante óbvio que se os bebês são capazes, da forma como estou presumindo, de ter experiências em idade tão precoce, quando houver um adiamento do processo de parto poderão ocorrer sensações muito desconfortáveis ligadas à respiração, especialmente quando o cordão umbilical é pressionado, ou se encontra enrolado no pescoço. Nestes casos o bebê pode vir a sentir uma asfixia parcial antes mesmo de estar em condições de respirar.

Estas considerações, ainda que problemáticas, preparam o caminho para uma outra sobre os resultados de um cuidadoso trabalho de levantamento de dados. As histórias pesquisadas corretamente junto a mães que ainda têm os dados em seu poder mostram que (excluindo as perturbações físicas) os bebês variam quanto à sua capacidade de iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação ao seio. A variação na capacidade de amamentação das mães, dependente de sua própria psicologia, sua própria história, e do estado físico de seus seios e mamilos pode ser inteiramente levada em conta, e ainda assim dificilmente dois bebês se encontram em estados semelhantes quando finalmente a mãe e o bebê começam a se relacionar. Devemos reservar o termo normal para o bebê que está pronto quando sua mãe está pronta, e neste caso podemos utilizar o termo anormal para descrever todos os graus de irritabilidade possíveis de acontecer, e que tantas vezes impedem que a mãe amamente um determinado bebê, mesmo que ela não tenha tido dificuldade alguma com seus outros filhos.

É como se alguns bebês nascessem paranóides, e com isto estou me referindo a uma expectativa de perseguição que outros bebês não apresentam. É muito fácil afirmar que os bebês paranóides possuem uma tendência hereditária ou estão manifestando um fator constitucional, mas a argumentação ao longo desta linha de raciocínio deve ser precedida por um estudo da pré-história do bebê, levando-se em conta inteiramente as limitações relativas à sua imaturidade. Em outro momento, referi-me a situações em que uma disposição paranóide pode ser congênita sem ser herdada.

Os que não acreditam que haja um ser humano presente nesta etapa tão precoce, não terão alternativa a não ser aceitar o argumento do fator constitucional, já que não há dúvida de que alguns bebês são muito "difíceis" desde o começo.

Nos textos conhecidos da teoria psicanalítica, baseados inicialmente no estudo da neurose em adultos, frequentemente temos a impressão de que a vida do bebê começa com a primeira mamada. Certamente isto não é verdade, e qualquer estudo que lance luz sobre a natureza do bebê ao tempo da primeira mamada e também ao tempo do próprio nascimento será muito bem-vindo. Não é necessário que tudo seja conhecido de uma só vez. Mas o problema é: qual a melhor abordagem para o estudo deste tema? A resposta óbvia seria: a observação direta de bebês. No entanto, aqui surgem dificuldades muito grandes, visto que não é possível observar um bebê exceto no sentido de olhar para seu corpo e ver seu comportamento. Provavelmente, o estudo mais convincente das necessidades da infância muito primitiva provém da observação de pacientes regredidos no transcorrer do tratamento analítico. Quanto à minha própria experiência, aquela que mais me permitiu aprender foi a observação de regressões contínuas seguidas de progressão em casos de pacientes *borderline*, ou seja, de indivíduos que precisavam chegar a um estado de doença do tipo psicótico no decorrer do tratamento. Os pacientes em condições de doença ainda mais severa, que entraram em estados de regressão sem ligação alguma com a psicoterapia, não são tão úteis para esta finalidade; mas a partir do trabalho de Rosen é possível ver que a aplicação direta dos princípios formulados no trabalho com pacientes menos doentes poderia produzir resultados mesmo com pacientes crônicos internados em hospital psiquiátrico. Mesmo que os resultados obtidos por Rosen não fossem muito duradouros, eles seriam suficientes para provar que o estudo da psicose é igual àquele que podemos realizar sobre as fases muito primitivas da história psicológica do indivíduo em desenvolvimento.

Invertendo a direção destas últimas idéias, eu diria que o estudo dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do indivíduo pode fornecer a chave para a saúde mental, no que diz respeito à possibilidade de nos libertarmos da psicose. Não há portanto estudo mais importante que aquele do indivíduo intimamente envolvido, no início, com o ambiente que o cerca. Neste ponto se encontram as diversas disciplinas da pesquisa científica em geral, da psiquiatria, do diagnóstico e da técnica terapêutica, e também da filosofia, à qual devemos a coragem de prosseguir passo a passo rumo a um melhor entendimento da natureza humana.

CAPÍTULO 10

O AMBIENTE

É possível agora passarmos ao estudo do meio ambiente.

Na *maturidade*, o ambiente é algo para o qual o indivíduo contribui e pelo qual o homem ou mulher individuais se sentem responsáveis. Nas comunidades em que há uma proporção suficientemente elevada de indivíduos maduros existe um estado de coisas que proporciona a base para o que chamamos democracia. Se a proporção de indivíduos maduros se encontra abaixo de um certo número, a democracia não poderá se tornar um fato político, na medida em que os assuntos da comunidade receberão a influência de seus membros menos maduros, aqueles que, por identificação com a comunidade, perdem a sua individualidade, ou aqueles que jamais alcançaram mais do que a atitude do indivíduo dependente da sociedade.

Ao observarmos o *adolescente*, vemos a gradual ampliação do grupo com o qual o indivíduo é capaz de se identificar sem perder sua identidade pessoal. A base para o grupo é a vida em família, e sabemos o quanto é conveniente para o adolescente que o lar original continue a existir, de modo que ele possa rebelar-se contra o mesmo tanto quanto utilizá-lo, e de modo a que possam ser feitas experiências com grupos diferentes e mais amplos sem a perda do grupo original que possui uma pré-história, ou seja, que existia nos primeiros anos de formação do indivíduo antes da latência. Crianças no *período de latência* são intensamente perturbadas pela ruptura de seu ambiente doméstico, porque nessa época elas não deveriam ter que se preocupar com estas questões, deveriam poder tomar o ambiente como garantido para poderem enriquecer interiormente, através da educação, da cultura e do brincar em todo tipo de experiência pessoal.

A existência de um ambiente doméstico para a criança, durante o importantíssimo período de desenvolvimento emocional anterior à latência e posterior à aquisição da capacidade para relacionamentos interpessoais, realizados entre pessoas totais, é especialmente importante. Quando a família tem como base uma união satisfatória do casal

de pais, a criança pequena encontra-se em condições de descobrir todos os variados aspectos da situação triangular: os instintos podem ser tolerados em seu desenvolvimento completo, tanto os sonhos heterossexuais quanto os homossexuais podem ser sonhados, e a capacidade para o ódio total, bem como para a agressividade e a crueldade, pode vir a ser tolerada pela criança. Tudo isso se torna possível no decorrer do tempo, dada a sobrevivência do lar e da união entre os pais, a chegada, a sobrevivência e às vezes a doença e a morte de irmãos, e a capacidade dos pais de distinguir entre sonho e realidade.

Ainda que a existência do ambiente doméstico seja muito importante neste estágio, ele não é essencial, apesar de tudo. Talvez seria melhor dizer que ele se torna gradualmente menos essencial, à medida que o tempo vai passando e a criança se torna capaz de usar situações triangulares substitutas, nas quais poderá extravasar e exaurir a dimensão total dos sentimentos dos quais ela é capaz. É possível dizer que uma vez que a criança tenha alcançado a capacidade para os relacionamentos interpessoais em termos de pessoas totais, ocorre que, se a situação familiar se rompe, ainda assim a criança pode ser capaz de sair-se bem, caso seja encontrado um substituto para o lar e a confusão total seja evitada. É mais fácil para a criança suportar ou recobrar-se da morte de um dos pais do que das complicações provocadas pelas dificuldades emocionais entre eles. É possível dizer que a ruptura da situação familiar provocará uma distorção no desenvolvimento emocional de uma criança na fase anterior à latência, mas em grande parte esta situação depende do desenvolvimento emocional anterior. O tipo de perturbação pode ser, por exemplo, aquele que leva uma criança mais velha a encarregar-se de cuidar de um bebê quando a família se desfaz, e pode até ser que ela se saia bem, mas a um custo às vezes elevado, já que uma responsabilidade tão grande não deveria recair sobre ombros tão frágeis. Ainda assim, a criança permanece uma criança, e pode até mesmo enriquecer internamente em alguns aspectos devido às responsabilidades assumidas. É neste período que a criança está justamente começando a tornar-se capaz de lidar com separações entre ela e os pais, e é importante distinguir nessas separações aquelas que envolvem a utilização de situações triangulares substitutas – passar uns tempos na casa da tia, por exemplo – e aquelas que implicam em tirar a criança de uma situação triangular conhecida e colocá-la em situações onde ela será cuidada de maneira impessoal, como por exemplo quando é necessário internar a criança em um hospital. Nessa idade, a criança já foi ca-

paz não apenas de incorporar os padrões do ambiente, mas também de construir um padrão pessoal de expectativas. Já foi assinalado habilmente que a criança desenvolve um "ambiente interno": no decorrer do tempo e à medida que o crescimento se processa, aumenta a tolerância com relação às falhas do ambiente, permitindo que a criança participe ativamente da organização e da produção do contexto emocional que lhe parece desejável. É importante lembrar, também, que quando a criança passa a ter prazer com situações triangulares substitutas, chegou a hora de proporcionar-lhe as oportunidades de exercitar essa nova capacidade. A vida da criança continua tendo como base a situação triangular original, em que ela se relaciona com ambos os pais. A criança de 2 anos mal começou a tolerar as situações triangulares substitutas, o que deixa claro que ela ainda não está apta a lidar com situações em que a removem da situação triangular conhecida para um ambiente onde o cuidado é impessoal.

Visitas diárias à criança internada em hospital, o que só nos últimos anos tornou-se rotina neste país, têm sua razão de ser na necessidade sentida pela criança de um ambiente emocional simplificado. É possível dizer que a criança de 2 anos, bem-sucedida em seu desenvolvimento através dos complexos estágios emocionais anteriores, ainda não está em condições de lidar com um ambiente impessoal, não sendo suficientes os bons cuidados físicos proporcionados nos hospitais. Os pais deveriam procurar manter seu contato com a criança durante a internação, ou então deve ser dada à criança a oportunidade de construir um triângulo substituto durante a internação que infelizmente se tornou necessária, em vista de um distúrbio físico que exige tratamento especializado.

Sem a intenção de sermos precisos quanto à idade, podemos notar que por volta dos 5 anos muitas crianças se sentem em condições de realizar experiências longe de casa, enquanto aos 2 anos é inevitável que a criança se sinta agredida por qualquer ruptura no contato com seu ambiente doméstico, aquela situação simplificada cuja base é dada pela união dos pais.

Numa *idade anterior*, e novamente não há necessidade de sermos precisos, temos de examinar o ambiente no período em que a criança consolida a conquista da posição depressiva em seu desenvolvimento emocional. Quanto mais para trás formos, maior será a importância do ambiente. Mesmo aos dois anos, para uma criança normal que está lidando bem com as complexidades do relacionamento com ambos os

pais, verificamos que o ambiente tem que ser suficientemente bom, e precisa ser mantido. Ao irmos mais adiante e considerarmos a posição depressiva, podemos estar certos de que a criança *não se sairá bem* sem os cuidados constantes de uma única pessoa. Trata-se agora de uma questão que envolve o bebê e a mãe, ou a mãe substituta. A mãe deve estar disponível para sustentar a situação no tempo. Não basta que ela esteja fisicamente disponível: é preciso que ela esteja pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude consistente durante um período de tempo, e ser capaz de sobreviver ao dia e aos conjuntos de dias chamados semanas e meses, permitindo que a criança experimente repetidamente as ansiedades ligadas aos impulsos instintivos, e a elaboração em seguida às experiências, e a retomada da relação com a mãe após os períodos de elaboração. Os bebês podem sobreviver mesmo que ninguém desempenhe esse papel, mas eles sobreviverão com alguma coisa faltando em seu desenvolvimento emocional, algo de importância vital, resultando numa intranquilidade e numa falta da capacidade para o concern, na ausência de profundidade e na incapacidade para o brincar construtivo, sofrendo mais cedo ou mais tarde uma inaptidão para o trabalho, um resultado insatisfatório tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

Já descrevi a função especial da mãe ou da mãe substituta em apresentar o mundo externo ao bebê, tornando possível a ilusão do contato. Poder-se-ia dizer que este aspecto do cuidado materno não é tanto uma função específica da mãe verdadeira, já que se for um trabalho bem-sucedido, o bebê adquirirá uma capacidade que será utilizada pelo resto da vida, enquanto que, por contraste, no tocante à posição depressiva, é a capacidade de fazer reparação – a princípio para a própria mãe – que realmente importa. Ainda assim, parece que a adaptação muito sensível à necessidade, que deve ocorrer nesse estágio a fim de que o bebê tenha um bom começo em seu contato com o mundo externo, exige um estado de coisas que dificilmente estará presente a não ser que o bebê esteja sendo cuidado por sua mãe verdadeira.

No início, o grau de adaptação necessário é tão grande, que ele poderá ser realizado apenas por alguém que tenha tido aquela espécie de preparação para a tarefa, proporcionada naturalmente pelos nove meses de gravidez, durante os quais a mãe gradualmente vai se tornando capaz de identificar-se com o bebê, num nível que não mais será possível – mesmo para a própria mãe – algumas semanas depois que o bebê tenha nascido.

dedicação materna primária

- ilusão de contato entre o interno e o externo

Ao examinarmos os fatores que levam à integração e ao assentamento da psique no corpo, encontramos um que tem a ver com o ambiente e os cuidados físicos em geral, realizados como uma expressão de amor. É nesse ponto que a técnica se mostra importante, mais que o relacionamento pessoal, fazendo com que, nesse aspecto, a contribuição pessoal da mãe seja menos indispensável. Em outras palavras, se a técnica do cuidado infantil é boa, não é tão importante saber quem a está empregando. Por outro lado, é necessário ter em mente que a vivência de técnicas variadas leva o bebê a uma situação de confusão; pode-se dizer que a técnica empregada por uma só pessoa é suficientemente variável, quase tanto quanto o bebê é capaz de tolerar sem que se estabeleça a confusão. Um bebê criado em instituição pode se sair bem melhor no que se refere à integração e à localização da psique no corpo, do que quanto ao início de seu contato com a realidade, e já assinala anteriormente que, em relação à capacidade para o *concern*, ele estará prejudicado. No entanto, os diversos aspectos do desenvolvimento emocional se relacionam tão estreitamente entre si, que não se pode separar estas questões uma da outra, a não ser de forma muito artificial.

Se formos *ainda mais para trás*, nos encontraremos frente a uma situação em que o indivíduo não tem qualquer idéia de tempo, nenhuma integração contínua, mesmo que a integração ocorra em alguns momentos, e nenhuma capacidade de se sentir dependente. A capacidade que permite entender uma falha da adaptação ainda não está desenvolvida, e o alívio trazido pela elaboração imaginativa, o aspecto psíquico da função, tampouco se encontra à disposição. Nesses estágios iniciais estão em atividade forças tremendas, mas o comentário mais importante a fazer é o de que, sejam quais forem essas forças, elas são extremamente importantes porque, a essa altura, não há nada que traga alívio para a violência dos fatores primitivos; no poder estão simples fatores econômicos, e se não forem satisfeitas certas condições, ocorrerão distorções inevitáveis. Nos estágios mais iniciais, encontramos uma total fusão do indivíduo ao seu ambiente, descrita pela expressão narcisismo primário. Existe um estágio intermediário importantíssimo entre este último e o do relacionamento interpessoal, sobre o qual podemos dizer: Entre a mãe que está segurando fisicamente o bebê e o bebê existe algo que é preciso reconhecer, e que consiste ao mesmo tempo num aspecto da mãe e num aspecto do bebê. É loucura descrever as coisas dessa maneira, mas não me é possível evitá-lo. Há aqui uma analogia

narcisismo primário - área transicional - relacionamento interpessoal

muito próxima com a situação anterior ao nascimento: A mãe tem um bebê dentro dela; o útero tem em seu interior toda uma organização desenvolvida a partir do ovo individual que havia sido fertilizado; o endométrio especializou-se, para se entremesclar à placenta; entre a mãe e o bebê há o saco amniótico, a placenta e o endométrio. Não é necessário levar a analogia longe demais, mas do ponto de vista físico também é possível dizer que entre a mãe e o bebê há um conjunto de substâncias, que são absolutamente essenciais até o momento da separação. Esse conjunto de substâncias será perdido tanto pela mãe quanto pelo bebê. Neste estágio, não muito difícil de descrever, podemos, na condição de observadores, perceber com facilidade onde termina a mãe e onde começa o bebê. Na psicologia do indivíduo, entretanto, há um aspecto importante do relacionamento sobre o qual podemos dizer que mesmo no contato mais íntimo possível haverá uma ausência de contato, de modo que cada indivíduo manterá, essencialmente, um isolamento absoluto, permanentemente e para sempre. Na analogia física, é verdade que o ovo era um hóspede no corpo da mãe, e não uma parte dela, e que após a fertilização ocorre uma organização gradativa visando o estabelecimento da independência; biologicamente falando, podemos dizer que a mãe não perde nada de seu quando nasce o bebê, exceto aquela parte do endométrio que se entremesclou à placenta.

Empreguei há pouco a palavra loucura, e o fiz de propósito, porque na teoria do desenvolvimento do ser humano há uma dupla reivindicação sobre esta substância intermediária, que se localiza entre o narcisismo primário e a relação objetal. Após o nascimento do bebê, essa substância, que tanto une quanto separa, passa a ser representada por objetos e fenômenos sobre os quais se pode dizer, novamente, que ao mesmo tempo em que eles são parte do bebê, eles também são parte do ambiente. Só aos poucos iremos exigir do indivíduo em desenvolvimento um reconhecimento completo da distinção entre a realidade externa e a realidade psíquica interna; na verdade, um remanescente dessa substância intermediária continuará existindo na vida cultural dos homens e mulheres adultos, justamente ali onde se encontra aquilo que mais claramente distingue os seres humanos dos animais (religião, arte, filosofia).

Anteriormente a tudo isto há o estágio do *narcisismo primário*, o estado no qual o que percebemos como sendo o ambiente do bebê e o que percebemos como sendo o bebê constituem, de fato, uma unidade. Aqui pode ser utilizada a desajeitada expressão "conjunto ambiente-in-

divíduo". O ambiente, tal como o conhecemos, não precisa ser mencionado, porque o indivíduo não tem meios de percebê-lo, e na verdade o indivíduo ainda não se encontra ali, ainda não está separado do aspecto ambiental da unidade total. A mudança do centro de gravidade do ser para aquela parte da unidade que tão facilmente identificamos como sendo o bebê representa, na verdade, uma conquista do desenvolvimento emocional saudável.

Nesta etapa tão primitiva, é preciso postular que o ambiente terá de fornecer uma adaptação física 100% adequada, para dar a partida a um crescimento saudável, e para que o centro de gravidade do ser tenda a se deslocar do ambiente em direção ao centro onde se encontra o feto. À mãe, fisicamente, cabe fornecer o aspecto ambiental do conjunto total.

Foi realizada uma tentativa de descrever o fator ambiental relativo aos vários estágios do desenvolvimento emocional. No entanto, para uma compreensão mais completa da questão, é preciso lembrar que os *estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados*, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias. Ao cuidar de crianças, ou ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo a podermos fornecer o ambiente emocional adequado.

Observando o desenvolvimento emocional do bebê nessas primeiras fases, percebemos o quão precário é aquilo tudo. Felizmente, a maior parte da tarefa do ambiente é de natureza física; no início, tudo é instintivo, e a orientação especializada da mãe torna possível que as coisas importantes sejam feitas sem qualquer participação da compreensão e do conhecimento, a não ser quando a mãe está doente. Deve-se notar, entretanto, que um *retorno a um estágio de dependência mais primitivo* implica em sofrimento e numa sensação de precariedade inerente ao depender. Podemos presumir que esta não é uma característica do desenvolvimento original que se processa normalmente. Na doença, ou no curso de uma psicoterapia, pode ocorrer a regressão, mas a regressão a estados infantis só adquire um caráter terapêutico se os intensos sofrimentos associados à dependência experimentada na regressão puderem ser suportados. As toscas habilidades do psicoterapeuta, se o compararmos com a mãe real, faz com que seja inconcebível — mesmo na terapia mais cuidadosamente controlada — uma regressão à dependência vivida com prazer.

A idéia de um tempo maravilhoso no útero (o sentimento oceânico, etc.) é uma organização complexa de negação da dependência. Qualquer prazer sentido numa regressão faz parte da idéia de um ambiente perfeito, e contra esta idéia pesa sempre uma outra, tão real para a criança ou o adulto regredidos quanto a primeira, de um ambiente tão ruim, que não haveria nele qualquer esperança para uma existência pessoal.

CAPÍTULO 11

RECONSIDERANDO A QUESTÃO PSICOSSOMÁTICA

Podemos agora rever a teoria dos distúrbios psicossomáticos. Ao examinarmos esse tipo de distúrbio, devemos ter em mente a totalidade do que se sabe a respeito do desenvolvimento emocional do indivíduo, e trabalhar ponto a ponto o relacionamento entre o físico e o psicológico. É possível ilustrar melhor esse processo recorrendo a alguns exemplos.

ASMA

a) Em alguns casos de asma existe um fator bioquímico cujo funcionamento permanece obscuro. O termo alergia não nos leva muito adiante, exceto quanto à sugestão nele implícita de que o indivíduo é sensível a certas proteínas. Em alguns casos pareceria que, ao menos nos estágios iniciais, a parte física desta condição é a mais importante. Se for aceita a hipótese de que num determinado caso a causa é física, no momento seguinte terá de ser acrescentada uma superposição psicológica secundária, que varia conforme o indivíduo. Não é possível ter asma sem ser alterado pelo fato de tê-la e pelo fato de ser suscetível a ela.

b) Diversos estudos demonstraram que a asma está associada a um fator ambiental. Costuma-se afirmar que a superproteção materna predispõe à asma e a vários outros sintomas. Se estas pesquisas estão corretas, há algo muito importante a dizer a respeito da teoria, ou seja, que a continuidade do fator externo adverso não é necessariamente a causa original; e que a causa original pode ser ou não a superproteção materna num momento específico e importante. Seja como for, para o completo entendimento da asma relacionada a um poderoso fator externo adverso, é necessário compreender o impacto sobre a criança do inconsciente reprimido por baixo da superproteção compulsiva da mãe. Trata-se de algo sempre variável. Em relação à criança vista como pessoa total, en-

gajada em relacionamentos interpessoais, a asma aparece algumas vezes estreitamente relacionada a fases de pressão excessiva, tais como o nascimento de uma outra criança, ou episódios nos quais é colocada sobre a criança uma carga emocional insuportável para as suas condições, enquanto outra criança poderia desenvolver uma enurese ou um sintoma diferente. A asma se instala por razões associadas a fatores mais profundos, alguns dos quais são conhecidos, e outros não.

Na análise de uma criança asmática, se o analista permanecer no nível dos relacionamentos interpessoais e do conflito entre amor e ódio, conseguirá uma boa quantidade de informações de grande valor. A criança desenvolverá a capacidade de ter *insights*, e poderá passar a tolerar a asma, ou até a evitá-la pela adoção de certos comportamentos. Ainda assim, a análise de uma criança asmática que permaneça naquele nível poderá ou não ser bem-sucedida com relação aos sintomas da asma, apesar de ser bem-sucedida ao permitir à criança um desenvolvimento tanto do caráter quanto da personalidade, e possibilitar-lhe uma liberdade maior em seus relacionamentos. Nesse nível, a análise jamais revela a natureza da própria asma. Já num tratamento que leva em consideração aquele ponto especial na evolução do relacionamento entre a criança e a mãe ao qual denominamos posição depressiva, lançaremos uma luz muito mais intensa sobre os significados da asma para a criança. Pode existir um rico sistema de fantasias sobre o interior do peito, e todo tipo de variações sobre o tema do peito aparecendo como barriga, ou do peito como alternativa para a barriga ou para o interior genérico da psique que já atingiu a condição de unidade. A maneira de lidar com as ferozes batalhas internas e de controlar as forças do bem e do mal dentro do self — estes e todos os outros fenômenos que contribuem para a ansiedade hipocondríaca podem ser encontrados ao longo dessa busca, e são muito mais valiosos para a criança quando conscientes do que quando inconscientes, e também muito valiosos para nós, em nossa tentativa de compreender.

Não estamos ainda, apesar disso, de posse da chave para a natureza da asma. Na análise em que ocorre a regressão a uma dependência mais profunda, dentro da situação analítica e da relação de transferência, o paciente se torna um bebê em certos momentos, ou em determinadas fases. Ocorre então uma aproximação maior à natureza da asma em si, mesmo sendo necessário admitir que muitas coisas permanecem desconhecidas. A condição de “ser” um bebê faz com que sejam revividos problemas ligados à respiração, associados aos primeiros tempos após o nasci-

mento e ao processo do nascimento em si mesmo. Memórias corporais de extrema importância vêm à tona no decorrer da sessão, e também perturbações físicas do aparelho respiratório, que não haviam surgido como material mnemônico nem mesmo através dos sonhos. A chave para a compreensão da asma, porém, continua oculta, já que estas memórias corporais das dificuldades respiratórias não levam necessariamente à asma, podendo, em vez disso, estar relacionadas a uma propensão à bronquite e a todo tipo de distúrbios respiratórios e sensações de asfixia, etc. Somente quando o tratamento alcança os estágios mais primitivos é que a asma começa a encaixar-se em seu lugar, por exemplo, quando o paciente está preocupado com o estabelecimento de um self verdadeiro como o lugar a partir do qual viver, e com a implantação desse self verdadeiro no corpo. É nesse ponto que a ligação filológica entre a palavra *soul* (alma) e a palavra *breath* (respiração) se torna inteligível. O vaivém da respiração se torna insuportável no caso de certas ansiedades associadas à fuga do self verdadeiro e possivelmente oculto, de modo que no fenômeno do grito, tanto quanto no da asma, encontramos o conflito entre a necessidade de uma livre passagem para o que entra e o que sai, e a ansiedade pela falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora da unidade psíquica recém-constituída. A conhecida relação entre a asma e o eczema infantil não é compreensível em termos psicológicos, e enquanto esta compreensão não for alcançada, será preciso admitir os argumentos em favor de uma causa física comum às duas situações.

Nesta breve exposição sobre a asma, procurei chegar não a um completo estudo da mesma, mas a uma demonstração das possibilidades de utilizar a psicologia em diferentes níveis de profundidade.

ÚLCERA GÁSTRICA

Para examinar o tema da úlcera gástrica, podemos utilizar novamente o mesmo sistema. As causas unicamente físicas da mesma não precisam ser discutidas aqui. Quanto ao ambiente, é possível demonstrar que numa proporção significativa dos casos de úlcera gástrica estão presentes condições de tensão emocional contínua. Em alguns casos, a remoção do fator externo adverso representa uma parte importante do tratamento médico, e o tratamento tem que ser médico, porque de fato existe uma lesão física perigosa. Não devemos esquecer que a interna-

ção em hospital e a dieta à base de leite, tomado em quantidades pequenas e freqüentes, constituem um tratamento que também separa o paciente do seu ambiente familiar e lhe fornece uma justificativa para livrar-se das ansiedades ligadas ao trabalho. Se estas ansiedades não forem tratadas, o tratamento médico pode vir a fracassar; a confiança do doente no médico e na enfermeira é de suprema importância para o tratamento e para a remoção dos fatores emocionais adversos que fazem parte da vida do doente. Em algum momento, o tratamento pode resultar na interrupção de gratificações variadas que, certamente, provêm de causas psicológicas.

Se for realizada uma pesquisa em termos de relacionamento interpessoal entre pessoas totais, muitas coisas importantes serão encontradas. Todo o espectro de fantasias e sonhos estará à disposição, assim como várias identificações cruzadas. A análise do paciente nesse nível atenuará as ansiedades e permitirá a ele enfrentar melhor os fatores ambientais, desobrigando-o de reviver experiências precoces dolorosas já esquecidas. A análise nos termos da posição depressiva será altamente reveladora nesses casos, lançando luz especialmente sobre um esquema defensivo crônico em cujo núcleo se encontra oculta uma depressão. A isto chamamos de agitação ansiosa comum da infância, ou hipomania, que a teoria psicanalítica considera uma defesa maníaca contra a depressão: a hiperatividade constante e a excitação exacerbada levam a alterações fisiológicas que podem facilmente afetar coisas tais como a acidez dos conteúdos estomacais. Encontramos aqui também uma fonte para diversas gratificações compulsivas, e para certos distúrbios menores, tais como comer depressa demais e escolher mal os alimentos. Não são esses fatores isolados que provocam a úlcera gástrica, mas o funcionamento de vários deles durante um certo tempo. A análise de um paciente deste tipo é diferente se a úlcera já estiver presente, ou se apenas existirem as condições que poderiam facilmente levar à sua formação. No primeiro caso, o paciente dará à úlcera um sentido a partir das suas fantasias sobre os fenômenos do mundo interno. Num certo número de casos, o núcleo da doença será encontrado na depressão subjacente ao estado hipomaníaco, apesar do grande alívio proporcionado pela análise dos conflitos entre amor e ódio, dos relacionamentos interpessoais e das ansiedades inerentes ao Complexo de Édipo. Não há qualquer motivo especial para esperar que a análise dos aspectos mais primitivos contribua para a compreensão ou para o tratamento da úlcera gástrica, ainda que, obviamente, em qualquer caso

particular possa ser encontrada uma psicose por baixo de todas as outras coisas.

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma. Neste sentido, os fenômenos muito precoces, descritos até agora sob a denominação geral de 'primitivos', podem se revelar importantes para o estudo de qualquer caso que apresente um distúrbio psicossomático, inclusive a úlcera gástrica.

Note-se que o estudo dos fatores externos comuns é capaz de levar a resultados estatisticamente significativos, mas pode também ser extremamente enganador.

APÊNDICE

SINOPSE I

Agosto 1954

INTRODUÇÃO

I.

Estudo da Criança Humana.

Soma, Psique, Mente.

Saúde: Doença.

Relação entre doença física e distúrbio psicológico.

O campo psicossomático (estudo preliminar).

II.

O Desenvolvimento Emocional do Ser Humano.

A. Relacionamentos Interpessoais.

B. *Concern*, culpa, reparação.

C. Os estágios primitivos.

A. Relacionamentos Interpessoais.

Id, Ego, Superego.

Sexualidade Infantil.

Instintos genitais e pré-genitais.

Ansiedade.

Organização das defesas.

O inconsciente reprimido.

O Conceito de Saúde em termos da Teoria dos Instintos.

B. O Estágio do *Concern*.

A Posição Depressiva (Klein) no Desenvolvimento Emocional.

O Tema do Mundo Interno.

O Retraimento: sua relação com (Preocupação
(Concentração

Estado Paranóide e Ansiedade Hipocondríaca.

Quatro tipos de material clínico:

1 - Relacionamentos externos; elaboração imaginativa.

2 - Inter-relacionamentos no mundo interno.

3 - Ramificações intelectuais.

4 - Fenômenos transicionais.

Considerações sobre o *setting* psicoterapêutico

os estados tranqüilos e excitados

as necessidades primitivas e pré-primitivas.

C. Desenvolvimento Emocional Primitivo.

(a) Estabelecimento do relacionamento com a realidade externa
(compartilhada)

A primeira mamada teórica.

O valor da ilusão e os estados transicionais.

O falso self: aspectos normais e anormais

O self autoprotetor

A persona (cf. Jung).

(b) Integração. A conquista do *status* de unidade.

(c) Localização da psique no corpo.

(d) Os estados iniciais:

O diagrama inicial: O conjunto ambiente-indivíduo.

A experiência do nascimento.

O estado primário do ser.

Caos-ordem surgidos do nada.

III.

Evolução do Ambiente.

Estudo de Sequências:

(1) Elaboração imaginativa da função.

Fantasia.

Realidade interna.

(2) Realidade interna;

Sonho;

Fantasia;

Devaneio;

Memória; arte criativa;
brincar; trabalhar.

Desenvolvimento do Tema da Pediatria Psicossomática

Relação com (1) funcionamento normal;

(2) neurose;

(3) distúrbios da afetividade;

(4) psicose.

Objetos e fenômenos transicionais.

IV.

Comportamento anti-social.

Delinquência relacionada ao fracasso do ambiente.

A criança que sofre de privação.

V.

Latência.

Pré-puberdade.

Adolescência.

Maturidade.

SINOPSE II

Circa 1967

INTRODUÇÃO

Estudo da natureza humana.

1ª PARTE

I.

Estudo da Criança Humana.

Soma, Psique, Mente.

O Psico-Soma e a Mente.

A Doença.

Relação entre Doença Física e Distúrbio Psicológico.

O Campo Psicossomático.

II.

O Desenvolvimento Emocional do Ser Humano.

Plano: (avanchando para trás)

Relacionamentos Interpessoais.

Estabelecimento da Unidade Pessoal.

Desafios principais.

Entremeando com seqüelas de dependência.

2ª PARTE

Introdução.

Estabelecimento do *Status*
de Unidade.

concern

culpa

Conseqüências:

realidade psíquica pessoal
interna

Posição Depressiva:

repressão em termos
depressivos

Riqueza interna — um novo conceito.

O Tema do Mundo Interno

O modo de vida paranóide

A depressão como distúrbio do humor

A Defesa Maníaca — mania.

Vários Tipos de Material Clínico.

Ansiedade Hipocondríaca.

3ª PARTE

A Teoria do Ego:

Relacionamento com a Realidade

Externa:

O Brincar

A Criatividade

Integração

Assentamento (da psique no corpo)

Ambiente.

BIBLIOGRAFIA

Todos os livros publicados em Londres, exceto os indicados.

- Abraham, K. (1924) "A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders"; em *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Hogart, 1927.
- Aichhorn, A. (1925) *Wayward Youth*. Imago, 1951.
- Balint, A. (1931) *The Psycho-Analysis of the Nursery*. Routledge & Kegan Paul, 1953.
- Freud, A. (1926-27) *The Psycho-Analytic Treatment of Children*. Imago, 1946. Ed. Bras.: *O Tratamento Psicanalítico de Crianças*, Imago Ed., 1971.
- (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Hogart, 1937.
- Freud, S. (1900) *The Interpretation of Dreams*, em James Strachey, ed. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols. Hogart, 1953-73 vols 4,5. Ed. bras.: *A Interpretação dos Sonhos*, vols. 4 e 5, ESB, Imago Ed., 1972.
- (1905) *Three Essays on the Theory of Sexuality*, S.E. 7. Ed. bras.: *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, vol. 7, ESB, Imago Ed., 1972.
- (1917) *Mourning and Melancholia*. S.E. 14. Ed. bras.: *Luto e Melancolia*, vol. 14, ESB, Imago Ed., 1974.
- (1923) *The Ego and the Id*, S.E. 19. Ed. bras.: *O Ego e o Id*, vol. 19, ESB, Imago Ed., 1976.
- (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, S.E. 20. Ed. bras.: *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, vol. 20, ESB, Imago Ed., 1976.
- (1931) *Female Sexuality*, S.E. 21. Ed. bras.: *Sexualidade Feminina*, vol. 21, ESB, Imago Ed., 1974.
- Glover, E. (1932) *On the Early Development of the Mind*. Imago, 1956.
- Gorer, G. and Rickman, J. (1949) *The People of the Great Russia: A Psychological Study*. Cresset.
- Guthrie, L. G. (1907) *Functional Nervous Disorders in Childhood*. Oxford University Medical Publications.

- Henderson, D. K. e Gillespie, R. D. (1940) *A Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*, 5ª edição. Oxford University Medical Publications.
- Jackson, L. (1954) *Agression and Its Interpretation*. Methuen.
- Jones, E. (1927) "The Early Development of Female Sexuality", em *Papers on Psycho-Analysis*, 5ª edição. Baillière, Tindall & Cox, 1948.
- Klein, M. (1932) *The Psycho-Analysis of Children*, em *Collected Works*, vol. II. Hogarth, 1975.
- (1934) "A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States", em *Collected Works*, vol. I.
- Middlemore, M. (1941) *The Nursing Couple*. Hamish Hamilton, 1941.
- Money-Kyrle, R.E. (1951) *Psycho-Analysis and Politics. A Contribution to the Psychology of Politics and Morals*. Duckworth, 1951.
- Ophuijsen, J.H.W. van (1920) "On the Origin of the Feeling of Persecution", em *Int. J. Psicho-Anal. I*.
- Rivière, J. (ed.) (1952) *Developments in Psycho-Analysis*, Hogarth, 1952.
- Rosen, J. (1953) *Direct Analysis: Selected Papers*. Nova Iorque: Grune & Stratton, 1953.
- Spence, J. (1946) "The Care of Children in Hospitals", em *The Purpose and Practice of Medicine*. Oxford University Press, 1960.
- Spitz, R.A. (1945) "Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood", em *Psycho-Analytic Study of the Child*, I.
- Winnicott, D.W. (1945) "Primitive Emotional Development", em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Hogarth, 1975. Ed. bras.: *Da Pediatria à Psicanálise*, Ed. Francisco Alves, Rio, 1978.
- (1949) "Mind and its Relation to the Psyche-Soma", em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Hogarth, 1975.
- (1949) "Weaning", em *The Child, the Family and the Outside World*. Harmondsworth: Penguin, 1964.
- (1950) "Some Thoughts on the Meaning of the Word 'Democracy'", em *Home Is Where We Start From*. Harmondsworth: Penguin, 1986. Também publicado em *La Familia y el Desarrollo del Individuo*, Ediciones Hormé, B. Aires, 1980.
- (1968) "The Use of an Object and Relating Through Identification", em *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin, 1980. Ed. bras.: *O Brincar e a Realidade*, Imago Ed., 1975.

ÍNDICE

- Abraham, K., 59, 193
- acidente(s), 29-30, 33, 41
- tendência a, 41
- adaptação
- como profilaxia contra esquizofrenia, 131
- diminuição da, 129, 153
- falha da, e distorção do processo de vida, 122, 127-28
- falha da, e interrupção do ser, 151, 156
- falha da, e organização do falso eu (self), 128-29, 158
- da mãe ao bebê, 26, 121, 122, 124, 130-31, 135, 151, 153, 158, 176, 178-79
- da mãe ao bebê e criatividade, 126, 130-31, 135
- necessidade da, de acordo com grau de dependência, 122
- novamente total, pelo uso do intelecto, 161
- quase perfeita no início, 121, 122, 148-49, 153, 161, 179
- do terapeuta ao paciente, 164
- adoção
- e orientação (interna) para a maternidade, 132
- problemas de manejo na, 47
- adolescência
- e importância do lar na, 173
- agressividade
- admitida pela criança em ambiente seguro, 174
- no amor instintivo primitivo, 90, 155-56
- assimilação da, ao eu (self) total, 99
- e Instinto de Morte, 155
- reconhecimento da, no amor primitivo, 92-3
- relativa à interrupção do ser, 155
- responsabilidade pela, no bebê, 99
- Aichhorn, A., 22
- alergia, 42
- alma, 70
- e a questão da lobotomia, 70-71
- e respiração, 182-83
- alucinação
- e processo criativo, 122, 126
- ambiente (ver tb dependência, estrutura ambiente-indivíduo), 173-80
- e asma, 181-82
- caótico, 157-60
- causando ingenuidade quando fator principal na integração, 145
- como continente para o indivíduo, 150-51
- contato inicial com, por impulso ou reação, 173
- contato inicial com, por impulso ou reação, 173
- contato inicial com, e padrões no futuro, 149, 176
- contribuição ao, na maturidade, 175
- dependência do, diminuindo com o crescimento, 53, 173-74
- dependência precoce do, 46, 119, 122, 147, 175-79

envolvimento precoce com, e profilaxia da psicose, 172

estabilidade do, necessária à criança, 73-75, 80-81, 173-74

estabilidade do, para crescimento da personalidade, 70

exigências sobre, nunca realmente abandonadas, 179

falha do, e ameaça de desintegração, 137

inconsciência quanto ao, no bebê, 150, 151, 154-55, 178-79

interno, desenvolvimento na criança pequena, 175

intrusão a partir do, 140, 148, 149, 156

isolamento do indivíduo no, 148, 149, 178

na latência, adolescência, e maturidade, 173

e a menina no menino, 65-66

mudanças no, toleráveis pelo bebê, 166

necessidade de controle externo sobre, durante contemplação, 97

necessidade de uma só mãe no início, 122, 133, 176-77

e necessidade da presença da mãe na posição depressiva, 91, 176

no período anterior à latência, 173-76

e úlcera gástrica, 184

ambivalência, 72

e conflito doloroso no estágio edípico, 68

progressão da pré-ambivalência para a, 89

resultante da maturação do Ego, 60

solução dos problemas da, pela fantasia, 78

amor (*ver tb* relacionamentos interpessoais)

como adaptação à necessidade, 26, 80, 153-54

como cuidado físico, 26, 78-80, 122, 151-52, 153, 176

entre a criança e pessoas totais, 65-67

instintivo, e agressividade, 72, 90, 92

e instinto nos estágios fálico e genital, 62, 65

da mãe por seu próprio bebê, 132

do menino pela mãe no estágio edípico, 68, 72-73, 81

mudança de, para desleixo, sentida ao nascer, 152

e ódio no relacionamento triangular, 72

primitivo, agressividade e destrutividade, 90, 94, 99, 99n

primitivo, e dificuldades inerentes à vida, 99

substituição do objeto, como defesa, 73, 82

anacrônica, relação, 90

anal, fase

variação das experiências na, 60-61

anestesia

como defesa no estágio edípico, 82

ansiedade (*ver tb* defesa/s, perseguição)

e ataque defensivo, 141

causada por adiamentos do nascimento e na primeira infância, 167

e culpa, 89

devido a conflitos inconscientes, 43

diferentes tipos de, levando à construção de defesas, 36

e dificuldades na respiração, 183

em enfermeiras lidando com o início do aleitamento, 124

exploração das manifestações somáticas da, 82

grande, no auge da excitação, 72

hipocondríaca, 89, 115-16, 158, 182

da mãe, e inadaptação, 149

da mãe, perturbando o ato de segurar o bebê, 139

do nascimento, e Freud, 170-71

em paciente de 3 anos, 111

paranóide, 104, 105, 141-42

posição depressiva, 89, 175

psicótica, subjacente a distúrbios psicossomáticos, 144

relativa à castração, 67, 68, 81-82

relativa à estrutura do Ego, 113-14

relativa à integração, 136

relativa à livre expressão do instinto, 157

relativa à ordem, conduzindo ao caos, 157

por ruptura das defesas na fase edípica, 73, 82

subjacente a sintomas neuróticos, 54, 72, 82, 111

tolerância à, e ansiedade, 78

valor positivo da, na saúde, 55

anti-social, tendência

e negação da dependência, 131

e verdade ou inverdade, 131

ânus

consequências da superestimulação do, 102

artista

e verdadeiro e falso eu (self), 129-30

asma, 42, 181-83

ataque de, em paciente de 3 anos, 109

aulas

de Winnicott, para pós-graduados, 15

ausências

devidas ao trauma do nascimento, 169

avidez

e amor primitivo, 99

Balint, A., 22

bebê/s

ação da gravidade sobre, ao nascer, 151-52

capacidade do, para lidar com perda, 52-53

confusão do, ao lhe ser apresentado o mundo, 135

continuidade do ser no, 148-50, 154, 156

cuidados físicos do, 134

depressão no, 90-91, 106

e a descoberta do seio, 123, 125

e desconhecimento do ambiente suficientemente bom, 150, 153-55

diferenças entre, e capacidade de começar a mamar, 171

estado não-integrado no, 136, 139

estado primitivo do, no início, 176-78

e experiência da solidão no, 155

experiências do, antes de nascer, 147-50, 165-66

ilusão e desilusão no, 121

impulsos destrutivos e agressivos no, 93, 176

independente do pai no início, 90
já um indivíduo ao nascer, 47,
170-71, 172
ao nascer, 165-72
e necessidade de contato pele a pele
ao nascer, 139, 168, 169-70
objetos e fenômenos transicionais,
126
observação direta de, 172
e perda do ser, 156
persuadido a comer e viver, 127
potencial criativo do, 130-31
premature e pós-maduro ao nascer,
39, 133, 147
à primeira mamada, 120, 122, 125,
133-34
processo de criação, 121, 122,
123-24, 131, 134-35
recém-nascido, e estados tranquilos
e excitados, 133-34
segurar o, 139
sentimento do, 40
sexualidade no, e Freud, 76
brincar, o
e ansiedade pela desintegração do
ego, 113-14
no contato inicial mãe e bebê, 125
construtivo, e posição depressiva,
94, 176
e instintos, 72, 75
de menina de 6 anos, com casas, 114
de menino com trens, 109
mundo interno revelado no, 111-13
caos, 157-60
e idéia de ordem, 157
e interrupções reativas do ser, 157
medo ao, e Q.I. alto, 31-32
no mundo interno, 158-59
e ordem obsessiva, 158
em pacientes deprimidos, 158
patológico, relativo à desintegração,
137, 158
recuperar-se do, 158
caráter
determinado por zona predominante,
com respectiva fantasia, 58
casamento
relacionamento tranquilo e excitado
no, 131
castração
e alívio psicológico, 67
ansiedade de, 67, 68, 82
como castigo pelos objetivos do
Complexo de Édipo, 67
complexo de, em meninas, 67
fantasia de, em meninas, 62, 64
na fantasia do Complexo de Édipo,
77, 81
medo à, 62
simbólica, 67
cena primária, 77
cérebro
como base do intelecto, 29-31
como base da psique, 29, 37, 70
e estocagem de experiências, 39
cisão
e falso eu (self), 128, 158
algum grau de, inerente à vida, 128,
158
integrada à personalidade, 159
no mundo interno, 159
civilização
e fantasia, 78-79
Coles, Joyce, 18
Complexo de Édipo, 73-74
compreensão do, útil para a criança,
53, 81

defesas no, 73
e dificuldades para ajudar uma
criança, 53
fantasia circundando o, 67
invertido, em meninas, 67-68
na análise de um menino de três
anos, 111
padrões derivados do, trazidos à
análise, 79-80
e saúde, 68
termo adequado para o relaciona-
mento entre três pessoas totais, 67
compromisso
e maturidade, 159-60
compulsão
devida a conflito inconsciente, 43
e úlcera gástrica, 184
concern (ver glossário)
ausência da capacidade para o, 176
capacidade para o, dependente da
relação mãe-bebê, 92, 176
quanto a elementos instintivos no
relacionamento, 89, 94
experiência da, e saúde, 100
com relação ao objeto do amor ex-
citado, 98
transformação da *ruthlessness* em,
26, 52, 60, 89, 156
conflito
e distúrbios da excreção, 40
doloroso, e defesas neuróticas, 72
entre impulso e Ego ideal, 43
inerente à vida, 45
e mudanças corporais irreversíveis,
43
não resolvido, interferindo na po-
tência sexual, 102
na origem da asma, 181, 183

e perturbação do funcionamento
corporal, 43
menos prejudicial quando conscien-
te, 43, 72
tolerância do, e fantasia, 78-79
confusão
na apresentação do mundo ao bebê,
135
entre ansiedade e excitação na fase
edipiana, 82
produzida por técnicas diferentes no
manejo do bebê, 177
congénito, defeito, 33, 38
não afetado pela psicologia do bebê,
39
dois conjuntos de, 38
contemplação
necessidade de períodos de, na saú-
de, 107
e organização dos fenômenos do
mundo interno, 91, 92, 97, 105
relativa ao trabalho da digestão, 92,
96
controle
de fenômenos internos e asma, 182
de fenômenos internos maus, 101,
104
do instinto, e perda de vitalidade,
105
mágico, do analista por paciente in-
fantil, 111-12
mágico, de fenômenos internos, 158
mágico, e objetos transicionais, 126
corpo (ver tb soma)
contato pele a pele necessário após o
nascimento, 139
ênfase excessiva nos limites do, 60,
114
e fantasia, 115

mudanças irreversíveis devidas a conflito emocional, 43
 saúde do, 29-30
 saúde do, reassegurando ativamente a criança, 43, 115
 sintomas no, relativos a fenômenos da fantasia, 101, 104, 115
 e sofrimento normal devido a conflito, 46
 corpo, funções do, funcionamento do
 aceitação do, pela criança, 26
 no Complexo de Édipo, 67
 desenvolvimento do, 26-27
 desenvolvimento de, e zonas predominantes, 69
 elaboração imaginativa de, 26, 45, 64, 69
 criança/s (*ver tb* infância)
 capacidade para discriminar entre sonho e realidade, 77-78
 e Complexo de Édipo, 53, 174
 desintegração da família, 174-75
 e distúrbios neuróticos, 53
 dividida entre as diversas profissões, 25
 e frustração na vida instintiva, 72
 e perda temporária da vinculação psique-soma, 145
 e predominância da excitação erótica genital, 58-59
 e propensão à neurose, 55-56
 criatividade
 no esforço produtivo, 130
 primária, 130-32
 questões ligadas ao problema da, 131-32
 e sentido de realidade, 130
 culpa
 demasiada para o bebê, 99
 e expiação obsessiva, como defesa, 82-83
 na posição depressiva, 89, 90, 94, 99
 cultura, influência da
 sobre a certeza de que a menina perdeu o pênis, 63
 sobre a idéia de vagina na criança pequena, 62
 sobre identificação de menina com mulher, 62
 sobre identificação de menino com mulher, 65
 defesa/s (*ver tb* ansiedade, perseguição)
 anestesia como, na fase edipiana, 82
 ataque na (ataque defensivo), em momentos de integração, 141-42
 caos como, 157
 caótica, semelhante a retardo mental, 158
 cisão como, 158-59
 colapso da, na fase edipiana, 82-83
 como indicador em diagnóstico, 36
 contra diferentes ansiedades, 36
 cuidar de si exagerado como, 137
 desintegração como, 136-37, 140, 157
 distúrbio psico-somático como, contra fuga para o intelecto, 185
 em doença psiquiátrica, 35
 falso eu (self) como, 127-29, 158
 maníaco, 107-108
 neurótica, 55, 68, 72-73, 80, 81
 ordem obsessiva como, 158
 rigidez da, 34n, 82
 sentimento oceânico como, 180
 substituição de objeto amado como, 73, 82

variadas, contra ansiedades na fase edipiana, 82
 democracia
 indivíduos maduros como base da, 173
 dependência (*ver tb* ambiente)
 ambiente como parte essencial da, 122
 consciência da, no bebê, 26
 diminuição da, devido ao cuidar de si, 146
 diminuição da, por progressos da integração, 137
 diminuindo com o crescimento, 53, 174-76
 inconsciência da, no bebê, 122
 inconsciência da, no paciente regressivo, 163-64
 e ingenuidade, 145
 inicial, do ambiente, 47, 122, 153-55
 negação da, e sentimento oceânico, 180
 nunca realmente abandonada, 179
 regressão à, como defesa na fase edipiana, 82
 regressão dolorosa à, 179
 e solidão, 153-55
 total, nas fases iniciais, 153-55
 depressão
 e "agitação ansiosa comum", 107
 no bebê, 90-91, 106
 e caos, 158
 e despersonalização, 92, 107
 e dúvida sobre o mundo interno, 115-16
 na mãe, 149
 negação da, 108
 oculta na criança, 107
 em pessoas esquizóides, 92
 e posição depressiva, 90-91, 106
 e tendência a acidentar-se, 40-41
 e úlcera gástrica, 184-85
 depressiva, posição, 89-103
 e asma, 182
 círculo benigno na, 92-94, 99
 conquista da, na saúde, 99-100
 e desenvolvimento do eu (self), 98-99
 e fantasia sobre o interior, em meninas, 65
 e humor deprimido, 90-91
 e reconhecimento dos elementos destrutivos no amor instintivo, 92
 relacionamento bebê-mãe na, 90, 176
 resolução da, 90, 176
 às vezes nunca alcançada, 140
 deprimido, humor
 e amortecimento do mundo interno, 91-92
 no bebê, na posição depressiva, 90
 capacidade para, e posição depressiva, 106
 causas do, 105-106
 e dúvidas sobre o eu (self), 107
 e flutuação maníaco-depressiva, 107
 negação do, 107
 relativo a luto e perda, 92
 e saúde, 106-107
 desejo
 e experiência de onipotência, 126
 e a ilusão de criar, 126
 mudança de necessidade para, 28, 122
 desenvolvimento
 emocional, característico da infância precoce, 87
 emocional, distúrbios do, 34

emocional, fenômenos iniciais do, 119

emocional, normalmente doloroso, 46

emocional primitivo, evitando a psicose, 172

físico, de acordo com idade, 26

idéia do, dominando estudo da psicologia infantil, 54-55

potencial para, presente no início, 153

precariedade do, 179

psico-somático, uma conquista gradual, 47

da psique, descrição do, 46-47

tarefas do, entre 2 e 5 anos, 81

tarefas do, jamais encerradas, 52, 55, 103

desintegração

ameaça de, por falha ambiental, 137

e caos, 137, 157

como defesa contra ansiedade relativa à integração, 136, 137, 157, 159

como defesa contra não-integração, 140

por linhas de clivagem no mundo interno, 140, 159

e suspensão do desenvolvimento, 157-58

desmame, 103n

e capacidade de suportar perda, 52-53

tornando-se significativo na posição depressiva, 92

destrutividade

aceitação da responsabilidade pela, no bebê, 99, 107

e amor instintivo, 92-94, 99

assimilação da, ao eu (self) total, 99

e Instinto de Morte, 155

devaneio

sob controle consciente, 113

uso do, para lidar com a frustração instintiva, 72, 75

diagrama/s, 93, 96, 121, 147, 148-49

da criança, do eu (self) como um círculo, 88, 98, 115, 143

da estrutura ambiente-indivíduo, 147-51

dissociação

no bebê, entre os estados tranqüilo e excitado, 94

e cisão, 159

entre elementos do mundo interno, como defesa, 113-14

exemplos de, 159

distúrbio/s (*ver tb* doença/s, psico-somáticos, distúrbios)

do corpo, devidos a tensão emocional, 43

emocional, classificação dos, 34-36

físico, afetando alimentação, 39-40

somáticos, classificação dos, 33-34

doença/s (*ver tb* distúrbios/s)

depressiva, e posição depressiva, 90-91

diagnóstico da, 27

física, de causas ainda ignoradas, 41-42

física, da infância, 27

neurótica relativa ao conflito edipiano, 68

da psique, 30, 34-36

somáticas, classificação das, 33-34

dor

propriedades persecutórias da, 101, 104

Édipo, 67

Ego

desenvolvimento do, relacionado ao crescimento do Id, 61

desenvolvimento do, resultante na ambivalência, 60

ênfase excessiva sobre limites do, 113-14

fronteiras do, representadas pelas paredes do consultório, 112

relacionamento entre, e o Id, 74, 74n

sofrimento do, e ênfase excessiva sobre pele, 60

uso do termo por Freud, 74

eidética, imagem

no recém-nascido, 168

elaboração

de acontecimentos na posição depressiva, 90, 176

elaboração imaginativa

acompanhando o tipo predominante de instinto, 58, 61, 69

distinguindo crianças de animais, 58

nos estágios fálico e genital, 61-63

e evolução do animal humano, 70

e fantasia, 45, 69

do funcionamento corporal, 69, 100

a psique enquanto, 37, 46, 144

e solução do problema da ambivalência, 78

enfermeiras, *ver* médicos e enfermeiras

espécie, inconsciente da, 170-71

e Freud, 170-71

vs memória da experiência pessoal do nascimento, 170-71

esquemas (*ver tb* diagramas)

colapso das defesas, 82-83

defesas contra ansiedade, medo à castração, 82

doenças da psique, 35

doenças somáticas, 33

elementos do mundo interno, 95

estágios genital e pré-genital, 61

estágios pré-genitais, 59

neurose infantil, 56

psicologia do menino em termos da teoria dos instintos, 81

esquizofrenia (*ver tb* doença, esquizóide, e psicose), 35

e falso eu (self), 128

e fracasso do contato inicial, 128

e manejo nos estágios iniciais, 131

e sentimentos de irrealidade, 131

esquizóide, doença (*ver tb* esquizofrenia, psicose)

e ausência de capacidade para a ilusão, 135

e depressão, 92

estrutura ambiente-indivíduo

a unidade original, 148, 153, 178-79

eu (self)

e assimilação de impulsos destrutivos, 99

ausência de centro de gravidade, na não-integração, 136

concepção infantil do, 88, 97-98

consciência (*awareness*) do, e experiência instintiva, 69, 137

consciência do, e dos outros, 56, 87, 98

estágio inicial do, 137, 141

desenvolvimento do, na posição depressiva, 98-99

dúvidas sobre, e ansiedade hipocondríaca, 115

dúvidas sobre, e humor deprimido, 106

dúvidas sobre, inerentes à vida, 100, 106
 formando unidade, 26, 87, 98
 e psique, 37
 eu (self) falso
 e o artista, 129-30
 e busca da vida sentida como real, 128
 certo grau de, inerente à vida, 128
 desenvolvido com base na submissão, 128, 129n, 158
 esquizofrenia e, 128
 e fracasso do contato inicial, 128
 e futilidade, 128
 e graus mais brandos de cisão, em estágio posterior, 128-29
 e incapacidade de se relacionar, 128
 e ocultação do eu (self) verdadeiro, 128, 129n, 158
 Eu/não-Eu
 incapacidade de distinguir entre, em estágios anteriores, 153
 e interior e exterior, 88
 primeira discriminação do bebê entre, 88
 excreção, distúrbios da
 geralmente devidos a conflito emocional, 40
 e perseguição, 101
 excitação/ões (*ver tb* excitado/s, estado/s, e instinto/s)
 e alimentação do bebê, no início, 120-21
 e *concern* pelo objeto, 98
 dependente da e reforçando a integração, 58
 elaboração imaginativa da, 58
 instintiva, envolvendo várias partes do corpo, 58
 não assimilada, no recém-nascido, 133-34
 e preocupação sobre mudanças internas, 89, 99
 somática, acompanhando fantasias, 72
 excitado, estado (*ver tb* excitação, instintos)
 e mudanças fisiológicas, 44-45
 organização do, a partir do estado tranqüilo, 89
 e primeira mamada, 120, 123
 problemas da, determinadas por instintos, 72
 relacionamento, e relacionamento tranqüilo, 131
 e teste da estrutura pessoal, 98
 três fases no, 44
 experiência/s
 acumulação da, e princípio do ser humano, 39
 catalogadas, classificadas e relacionadas ao tempo, 161
 de excitação e de tranqüilidade, levando à vinculação psique-soma, 144
 início da, 147-48
 instintiva, e conseqüências imaginativas, 90
 levada para o mundo interno, 95
 e manutenção da integração, 98
 nunca perdida, desde antes do nascimento, 147-48, 170
 organização dos resultados da, resgatando o que é bom, 90
 sensação de realidade na, 100
 fálica, fase, 59
 experiências fantasiadas na, 60-61

e sentimentos de inferioridade na menina, 63
 família
 como contexto dos relacionamentos triangulares na saúde, 57, 68, 73, 80, 173-74
 e continuidade no tempo, 57
 importância do, na latência e adolescência, 173
 ruptura da, no período de latência, 174-75
 fantasia (*ver tb* mundo interno)
 e bissexualidade, 66
 circundando o Complexo de Édipo, 67
 consciente e inconsciente, enquanto histologia da psique, 45
 e elaboração imaginativa do funcionamento corporal, 45, 69
 enriquecimento da, através da experiência, 100
 específica a cada indivíduo, 45, 69
 e identificação do menino com a mulher, 65
 importância da, adequada ao tipo de instinto, 59
 importância de se distinguir entre realidade e, 78
 inadequação do termo, 113
 influência da, em manifestações de ansiedade, 73, 73n, 115
 localizada no peito, na asma, 182
 natureza humanizadora da, 78
 e preparação para experiência orgástica, 69
 provocando excitação somática localizada, 72
 quase-física, 69-70
 e realidade psíquica, 113

relativa a afetos, em estados excitados, 44-45
 relativa à genitalidade feminina, 64
 e úlcera gástrica, 184
 e unidade entre psique e corpo, 70, 115
 vs devaneio, 113
 fantasma/s, 143
 feto
 continuidade do ser no, 148
 início da experiência no, 147-48
 sujeito a reações contra intrusão, 148
 fezes
 elemento persecutório nas, 101, 102
 interesse da criança pelas, 102
 filosofia
 e o problema do "real", 134-35
 fisiologia
 como base da psicossomática, 44
 do medo, 73, 73n
 relação entre, e estados excitados, 44-45
 fixação, pontos de bons e maus, 82
 forma
 como reaseguradora contra o infinito, 167-68
 base para a, no parto adiado, 167
 Freud, A., 22, 69n, 132
 Freud, S., 52, 64n, 92n
 e ansiedade do nascimento, 171
 e os conceitos de Id, Ego e Superego, 74-75
 e o estudo dos relacionamentos interpessoais, 54, 87
 e Instintos de Vida e de Morte, 154-56
 e nascimento por cesariana, 166-67

e sexualidade infantil, 76
 frustração
 e destrutividade, 94, 99n, 106
 e perda do vínculo psico-somático, 143
 fusão
 do indivíduo com ambiente, 25-26, 177
 genital, estágio, 59, 61
 e adiamento da procriação, 75
 alvo do, relativo a outra pessoa, 62
 fantasia de experiências no, 58-59
 e reconhecimento de pessoas como unidades totais, 75
 e tolerância à frustração, 62, 75
 traços de estágios pré-genitais no, 61, 62
 Gillespie, R.D., 94n
 Glover, E., 94n, 136n
 Gorer, G., 144n
 gravidade
 ação da, 151-52
 Guthrie, L.G., 27n
 Henderson, D.K., 94n
 hereditariedade, 33, 37
 e a fêmea no menino, 65
 e intelecto, 30-31, 162
 e susceptibilidade da criança à neurose e psicose, 56
 e tipos psiquiátricos, 37
 hipocondria (*ver tb* ansiedade)
 e ansiedade por raiva ou ódio, 89
 e caos interno, 115
 e vinculação psico-somática, 115, 144
 hipocondríaca, fase
 após comer, 97

histeria, 116
 holding (*ver* segurar, ser seguro)
 no berço ou nos braços da mãe, 139
 e a capacidade para a não-integração, 139
 desperdiçado pela ansiedade da mãe, 139
 falha no, em estágios iniciais, 137
 físico, e ação da gravidade, 151-52
 e interpretação, em análise, 79
 pela mãe, da situação na posição depressiva, 89-90, 94, 98
 memória do, e cuidar-de-si, 138
 não pode ser ensinado, 139
 necessidade de, após o nascimento, 169
 homossexualidade
 e compromisso com o pai ou a mãe, 77, 81
 no menino, na fase edipiana, 73
 normal vs manifesta, 66n
 valor da, para a sociedade, 66
 hospital
 crianças pequenas no, 174-75
 Humpty Dumpty, 137-38
 Id
 afirmação sobre desenvolvimento do, adequada ao elemento masculino, 65
 crescimento do, 61
 relacionamento com ego, 74, 74n
 uso do termo por Freud, 74
 identificação
 capacidade para, e bissexualidade, 66
 do imaturo com a comunidade, 173
 da mãe com o bebê, 122, 176
 da menina com o macho, 63

da menina com mulher, 62
 do menino com a mãe, 65
 do menino com mulher, 65
 do menino com o pai, 73
 e perda da identidade pessoal, 173
 com o rival, como defesa, 82
 utilização da, para lidar com adiamento da procriatividade, 75
 inconsciente (*ver tb* inconsciente reprimido)
 e consciência, 159
 e fantasia quase-física, 69
 e Id e Ego, 74
 provas da existência do, em psicanálise, 78-80
 psicanálise e, 74
 sentimentos e idéias no, na fase da posição depressiva, 91
 inconsciente reprimido (*ver tb* inconsciente)
 e conflito devido ao funcionamento dos instintos, 74, 159
 conflito no, com danos para o corpo, 43, 45
 na criança, e gênese da asma, 182
 e elementos inaceitáveis ao eu (self), 159
 e inibição dos instintos, 159
 e psicanálise, 159
 e psico-neurose, 78
 e sintomas na infância, 53
 incorporação
 da experiência, e mundo interno, 95, 97, 100
 dos "seios bons", 95
 infância – o bebê (*ver tb* bebê/s)
 desenvolvimento emocional durante a, 87-88

progresso dos tipos de instinto na, 58-59
 qualidade da, e susceptibilidade posterior à neurose, 55-56
 infância – a criança (*ver tb* criança/s)
 asma na, 181-82
 doenças físicas na, 27
 padrões na, persistindo através da vida, 25
 sexualidade na, e Freud, 54
 sexualidade madura e imatura na, 76
 infecções
 às vezes relacionadas com estados emocionais, 41-42
 ingenuidade, 145
 ingestão, problemas da, 33, 39-40
 inibição
 abrandada em consequência à reparação, 92
 na fase edipiana, como defesa, 68, 82
 e o inconsciente reprimido, 159
 resultante de conflitos inconscientes, 43, 45
 resultante de ruptura do círculo benigno, 93-94
 ilusão
 algo valioso na religião e na arte, 131
 área da, entre o objetivo e o subjetivo, 127, 135
 área de, permitido ao bebê, 126
 no bebê, da criação do seio, 121
 no bebê, de encontrar aquilo que foi criado, 124, 131, 135
 no bebê, da força criativa mágica, 126
 como camada protetora essencial para a cisão, 158

de contato com a realidade externa, 135
 e desilusão, 121
 instintos/s (*ver tb* excitados, estados, e excitação)
 e abrandamento da tensão na latência, 74
 aceitação pessoal do, 26, 174
 auge do funcionamento do, no início, 73
 no bebê, e primeira mamada, 122, 130, 133
 e construção do mundo interno do bebê, 95
 controle do, e perda de vitalidade, 105
 controle do, na posição depressiva, 99
 desenvolvimento do, e ambiente estável, 173-74
 determinação da qualidade da vida instintiva nos primeiros anos, 80
 elaboração imaginativa dos estágios genital e pré-genital do, 61-65
 frustração do, e enfraquecimento do vínculo psico-somático, 143
 genital, e Complexo de Édipo, 67
 e idéias agressivas, 90
 importância do, enfatizada por Freud, 54
 e impulso verdadeiro vs ataque defensivo, 141-42
 e infância saudável, 57, 174
 início da responsabilidade pelo, 88
 liberdade do, resultante da reparação, 90, 91-92
 liberdade do, e saúde corporal, 43
 manejo do, 43, 45

natureza do, revelada pela psicanálise, 74
 perda de capacidade do, como defesa, 73, 82
 e período de repouso, 57
 predominância dos estágios genitais e pré-genitais do, 58-59
 pré-genital, divisão do, 59, 61
 preocupação pelo, no relacionamento, 89
 e psicanálise, 110-11
 regressão ao pré-genital, como defesa, 82
 *ricas conseqüências imaginativas do, 90
 satisfação do, 57
 teoria do, relativa ao menino, 81
 tipos do, e progressão durante a infância, 59-61
 Instituto de Psicanálise, 22, 54
 integração, 136-42
 e ataque defensivo, 141-42
 através do cuidado infantil vs a experiência instintiva, 140, 145
 através da reação à intrusão, 140
 conquista da, na posição depressiva, 99
 desintegração como defesa contra a, 136-37, 157
 estimulada pelo cuidado ambiental, 137, 145, 177
 estimulada pelo instinto e pela agressividade, 138, 145
 e expectativa de ser atacado, 141, 144
 facilmente considerada algo garantido, 136
 a partir do estado de não-integração, 119, 136-37

precariedade da, 138
 sentido da, 139-40
 e técnicas de cuidado infantil, 177
 e unidade, 138
 e valor do entregar-se à auto-expressão, 138
 intelecto (*ver tb* mente), 161-62
 afetado pelo desenvolvimento e distúrbios emocionais, 32
 capacidade herdada do, 162
 cérebro como base do, 29-31
 confusão no, 161
 crescimento do, 26
 exploração do, no distúrbio emocional, 30-32
 função do, anterior ao pensamento, 161
 função do, variável de acordo com o ambiente, 161
 e a mente como mãe-substituta, 161, 167
 e psicose, 31
 e saúde, 30-32
 e sentimento de irrealidade, 162
 super-desenvolvimento precoce do, 161-62
 intermediária, região (área) e analogia com condições físicas no útero, 177-78
 e desenvolvimento a partir do narcisismo primário até a relação objetal, 177
 diferenciando seres humanos de animais, 178-79
 entre mãe e bebê, 177-78
 e objetos e fenômenos transicionais, 178-79
 e vida cultural, 178-79
 introjeção

e idealização, 95, 97
 mágica, e mundo interno, 95, 97, 100
 intrusão (*ver tb* paranóia, perseguição)
 imprevisibilidade da, 149, 167
 necessária, e disposição paranóide, 140
 do parto adiado, 167
 reação à, instigando a integração precoce, 140
 reação à, interrompendo o ser, 148-50, 156, 161, 165-66, 169-70
 Isaacs, Susan, 15
 isolamento (*ver tb* solidão)
 essencial de cada indivíduo, 178
 original, no bebê, 148-49
 Jackson, L., 142, 142n
 Jones, E., 64n
 Klein, M., 22, 91n, 94n, 106
 latência
 e adiamento da procriação, 75
 e necessidade de ambiente estável, 173
 significando libertação das tensões instintivas infantis, 73-74, 75-76
 lobotomia (leucotomia), 71
 luto
 capacidade para o, e posição depressiva, 106
 e humor depressivo, 92
 macho e fêmea
 diferença entre, na fase fálica, 59
 diferença quanto à ação entre, na genitalidade, 59

mutuamente dependentes para completar-se, na fase genital, 62, 63n
 utilização maior pela fêmea dos instintos pré-genitais, 61
 valor do masculino na fêmea, e vice-versa, 65-66

mãe
 e aceitação do gesto de reparação, 93
 adaptação da, e capacidade do bebê para o relacionamento excitado, 121
 adaptação da, permitindo ao bebê a ilusão de criar, 121-22, 124, 131, 135, 176
 amada pelo menino na fase edipiana, 68, 72, 73
 e apresentação do seio ao bebê, 120, 123-25, 130
 capacidade da, para iniciar a amamentação, 171
 consequência da insanidade da, 161
 consequência da rigidez e inadaptação da, 149
 criada pelo bebê, 122
 e dedicação excessiva (super-maternal) na gênese da asma, 181-82
 e diminuição da capacidade para adaptar-se, 121, 161
 empatia da, ao levantar o bebê, 137
 experiências da, no parto, 132-33
 falha da, e paranóia, 105
 falhas da, na adaptação inicial, 121, 122, 135, 140
 fantasia da menina de roubar da, 77
 fantasia da menina sobre a morte da, 77
 fantasia do menino de satisfazer a, 77

e fornecimento de cuidado físico, 122, 137, 151, 179
 habilidade da, para agir naturalmente, 132
 identificação da menina com a, 62
 identificação do menino com a, 65-66
 importância da, no início da vida do bebê, 132-33
 importância para a, de contato com bebê recém-nascido, 169-70
 e necessidade de condições para poder ser natural, 125, 139
 necessidade da, para o bebê em momentos de integração, 141
 orientação da, para a maternidade, 132, 176, 179
 segurando o recém-nascido, 169
 sobrevivência da, na posição depressiva, 176
 suficientemente boa, 121
 sustentando a situação no tempo durante a posição depressiva, 89-90, 94, 98, 176
 vista pelo bebê nos estados tranquilo e excitado, 89, 90

masturbação
 em bebês, associada a distúrbios emocionais, 58
 em meninas, associada à privação, 64
 não-compulsiva, mantendo vivo o instinto, 72

material clínico
 homem girando dentro de um meio ambiente, 150
 menina de seis anos entrevistada um ano após final do tratamento, 114
 menino de seis anos, em risco de desintegração do Ego, 113-14

menino de três anos em análise, 109-11

maturidade
 e capacidade para estabelecer compromissos, 159-60
 e democracia, 173
 do desenvolvimento instintivo, aos cinco anos, 80
 primeira, com o bebê já sabendo andar, 52
 e responsabilidade pelo ambiente, 30, 173
 e saúde, 30, 47
 e tolerância de idéias, 78

médicos e enfermeiras
 e atos contra o medo de fezes, 102
 compreendendo as mães, 133
 e compreensão da angústia no bebê, 40
 e compreensão da psicologia do recém-nascido, 38
 confiança nos, e tratamento da úlcera gástrica, 183-84
 importância dos, à época do parto, 125
 interferência no contato inicial entre mãe e bebê, 124-25

medo
 de fezes, 101-102
 fisiologia do, 73, 73n
 de idéias agressivas na posição depressiva, 90

membrana limitadora (ver tb pele), 87-88

memória/s
 acumulação de, através das primeiras mamadas, 126
 acumulação de, e sentimento do eu (self), 46, 137

corporais, de problemas respiratórios ao nascer, 183
 corporais, do processo de nascimento, 170
 do cuidado ambiental, e integração, 137
 da experiência corporal, preservada desde antes do nascimento, 147-48
 de parto adiado, 167

meninas
 angústia da, na fase fálica, 63
 apoiando-se nos tipos pré-genitais de instinto, 62, 65
 Complexo de Édipo invertido na, 67-68
 estágio genital na, 65
 e fantasia sobre interior do eu (self) e do corpo da mãe, 65
 e identificação com o macho, 63
 e identificação com a mulher, 64-65
 importância do "menino" no interior da, 62
 segredo na, relativo à genitalidade, 64
 valor da masculinidade da, 66

meninos
 e capacidade de identificar-se com mulher, 65
 Complexo de Édipo no, 67, 67-73
 estágios fálico e genital no, 61-62
 a fêmea no, 65
 e a idéia da vagina, 62
 lutas e empurrões associados à genitalidade, 64
 e utilização do pai internalizado para controle do instinto, 73-74

mental, deficiência, 51, 158, 161, 168
 mente (*ver tb* intelecto)
 auxiliando a previsibilidade, 167
 e desenvolvimento emocional *vs* capacidade herdada, 162
 dominando o psico-soma, 162
 dotada de "lugar", na fantasia, 71
 como mãe-substituta, 161
 predominância da, e sensação de irrealidade, 161-62
 uma função do psico-soma, 29, 51
 Middlemore, M., 125
 Money-Kyrle, R.E., 78n
 morte
 desejo de, e o desejo de ainda-não-estar-vivo, 154
 e estado anterior ao estar-vivo, 154-55
 na fantasia do Complexo de Édipo, 67, 68, 77
 ignorada pelo bebê, 155
 Instinto de, e Freud, 154-55
 negação da, e defesa maníaca, 107-108
 dos pais, melhor suportada que o conflito emocional entre eles, 174
 e perda do ser, 156
 mulher/es
 inveja do pênis na, 63-64
 três, em mito e sonhos, 65n
 mundo interno (*ver tb* fantasia)
 abafado na depressão, 91-92, 105-106
 caos no, e sadismo oral, 157
 clivagem no, e desintegração, 140
 complexidade do, mostrada pelo trabalho do artista, 97, 100
 da criança, revelado na psicoterapia, 91, 111-13

dissociação de elementos no, 113-14
 enriquecimento do, através da experiência, 97
 e intercâmbio com realidade externa, 98, 104
 localizado pelo bebê na barriga, 97
 o mal no, devido a experiências insatisfatórias, 104
 o mal no, tornando-se persecutório, 101-102, 104
 morte no, e defesa maníaca, 107-108
 organização do que é bom e mau no, 91, 97, 100, 106
 padrão no, relacionado à tarefa da digestão, 97
 perigo no, e introjeção e projeção, 100
 em permanente transformação, 104
 relação subjetiva com, e falso eu (self), 129n
 riqueza e complexidade do, 103
 três elementos no, 95
 música
 e forma, 167
 não-estar-vivo, 154
 não-integração
 no berço ou nos braços da mãe, 139
 enquanto estado original, 153, 157-58
 e falta do centro de gravidade, 136
 junto com inconsciência (unawareness), 136
 levando à desintegração, 138-39, 140
 levando à integração, 136-37
 perigosa, pela expectativa de perseguição, 145

regressão à, no bebê normal, 138
 regressão à, na psicoterapia, 138-41
 regresso à, e sensação de "enlouquecer", 138-39
 e relaxamento, 139, 140, 141
 narcisismo primário, 178-79
 nascimento (*ver tb* parto), 165-72
 e anestesia da mãe, 170
 anormal, e parto prolongado, 168-69
 e asfixia parcial, 171
 demora no processo do, 167
 e importância da anamnese, 171
 e importância da psicologia do bebê, 38-39, 133
 individualidade do bebê no, 47, 165, 170
 e necessidade do recém-nascido de ser segurado tranquilamente, 169
 normal: três aspectos do, 165-66
 por parto cesariano, 166-67
 e passagem para a respiração, 166, 168
 premature e pós-maduro, 39, 133, 147, 166
 e primeira experiência com a gravidade, 151-52
 problemas da respiração no, e desenvolvimento de asma, 182-83
 processo do, e posterior revivência, 170
 provocado pelo bebê, 165
 e reação à intrusão, 165-66
 tempo psicologicamente certo para o, 133, 147
 trauma físico no, 169-70
 um grande despertar, 39
 natureza humana

abordagem desenvolvimentista ao estudo da, 25-26
 e solidão essencial, 135
 num tema ilimitado, 21
 necessidade/s
 no bebê, e processo criativo, 121-22, 124
 transformando-se em desejo, 122
 neurose
 descrição da, 34-35
 e desejo de auto-consciência, 79
 enganadora, escondendo distúrbios mais fundamentais, 56
 obsessiva, e negação do caos, 158
 sintomas da, surgindo entre dois e cinco anos, 55, 68
 surgindo com relacionamentos interpessoais, 51-53, 67
 susceptibilidade a, na criança, 56
 notas para revisão, 18, 34, 35, 63, 66, 81, 109, 110
 objeto/s
 confiança em encontrar o, 126
 no mundo interno do bebê, 95
 percebido como uma pessoa estruturada e valiosa, 99
 tolerância para com ausência de, 126
 uso do, 81n, 99n
 obsessiva, neurose
 na fase edipiana, 82-83
 ódio
 admitido pela criança, em ambiente estável, 174
 na gênese da hipocondria, 89
 do pai, na fase edipiana, 68, 72, 81
 surgindo livremente no relacionamento triangular, 72, 174
 onipotência

experiência da, pela adaptação da mãe, 126
 experiência de, como base para o abandono da, 126
 experiência de, prolongada em fenômenos transicionais, 126
 e raiva pela frustração, 99, 106
 renúncia à, pela palavra "tá", 127
 Ophnijsen, J.H.W. van, 101n
 oral, erotismo, 60
 deslocado para o ânus, 102
 oral, fase
 erotismo e sadismo na, 60
 como primeiro estágio do desenvolvimento do instinto, 58-60
 sadismo na, e perseguição, 101
 pai
 amor e ódio ao, na fase edipiana, 72
 castração por ou do, na fantasia, 77
 como protótipo de consciência, 73-74
 compromisso com, 77
 fantasia da menina, sobre estar à mercê do, 77
 identificação do menino com, na fase edipiana, 73
 independência do bebê do, no início, 90
 intervenção do, tornando as idéias instintivas seguras, 90
 morte do, na fantasia, 67, 68, 77
 relacionamento do, com o filho, 73
 sentimento de paternidade do, e *concern*, 102
 pais (= casal parental)
 e atos devidos ao medo de fezes, 102
 e estabelecimento do círculo benigno, 94

importância para a criança do relacionamento entre os, 67-68, 73, 173-75
 e a importância de distinguir entre fato e fantasia, 63, 174
 importância da existência dos, na fase edipiana, 57, 68, 73, 77, 174
 e a importância de tolerar idéias, 77-78
 palato fendido, 40
 paranóia (*ver tb* intrusão, perseguição), 35
 e ansiedades da posição depressiva, 89
 evidência clínica da, surgindo no início e depois, 105
 e fracasso materno, 105, 140
 congenita vs constitucional, 171-72
 e melhora por meio de cuidado adaptativo, 105
 e melhora por meio de psicoterapia, 105
 nos momentos de integração, 141-42, 145
 e necessidade de ser perseguido, 40-41, 104, 105, 140
 oculta na reação a uma ameaça externa, 105
 e trauma e coincidência, 105
 parto (*ver tb* nascimento)
 e idéias persecutórias na mãe, 132
 sem medo, 38
 pediatras (*ver tb* pediatria)
 e compreensão da criatividade do recém-nascido, 130, 131
 e compreensão da psicologia, 27, 28
 e psicanálise, 27-28
 e psiquiatria infantil, 27-28

e saúde física e emocional do recém-nascido, 133
 pediatria (*ver tb* pediatras)
 e doenças físicas na infância, 27
 e psiquiatria infantil, 21-22
 pele (*ver tb* membrana limitadora)
 e angústia do Ego, 60
 como fronteira do mundo interno, 104, 143
 cuidado com a, importante para conseguir viver dentro do corpo, 143
 exploração da, e ênfase excessiva sobre o cuidar de si, 138
 sem sentido, na histeria, 143
 sensibilidade elevada, ao nascer, 139, 169
 pênis
 desejo de, na menina, no estágio genital, 65
 ereção do, nos estágios fálico e genital, 62
 inveja do, na menina, 64-65, 67
 inveja do, na mulher, 63-64
 seqüência de idéias sobre, na menina, 62-63
 perda
 capacidade da criança de lidar com a, 52-53
 perseguição (*ver tb* defesa/s, paranóia)
 e alucinação e delírios, 101, 105
 e constipação, 101
 expectativa da, em momentos de integração, 141, 145
 expectativa de, perceptível nas primeiras mamadas, 171
 e fenômenos internos maus, 101, 104, 112
 e função anal, urinária e genital, 102

imaginada pela mãe no momento do parto, 132
 e intolerância à dor, 101
 necessidade de, a partir do ambiente, e paranóia, 40-41, 101, 104, 105, 140
 e projeção, 101
 surgindo na barriga, 101
 personalidade
 fundamentos primitivos da, na integração, 140
 pesadelo, 82
 pneumonia
 e importância da enfermagem antes dos antibióticos, 41
 potência
 e importância da posição depressiva, 94
 pré-genital, estágio
 constituindo a sexualidade infantil, 76
 subdivisões do, 59, 61
 professor/a
 papel do, em possibilitar a reparação, 94-95
 incorporação vs introjeção do, 95-96
 projeção
 de elementos persecutórios, 101, 104
 mágica, e mundo interno, 100, 101
 psicanálise (*ver tb* psicanalista, psicoterapia)
 abordagem privilegiando o desenvolvimento, essencial à, 55
 e abrandamento da repressão, 111
 atração na, por paciente adulto e criança, 113
 como método de Freud para revelar conflito entre Id e Ego, 74

compreensão na, 80
 crença dos pacientes nas pessoas, 110-11
 e cuidado especial com o término da sessão, 112
 e desenvolvimento da teoria da genitalidade feminina, 64-65
 e o inconsciente reprimido, 159
 do instinto e sua fantasia, 110-11
 interpretação na, e *holding*, 79-80
 interpretação na, levando a novo material, 114
 e interpretação do material do mundo interno, 112-13
 material intelectualizado na, 113
 material relativo à localização da mente no corpo, 114
 de um menino de três anos, 109-11
 mundo interno revelado na, 111-13
 necessária para estudo do desenvolvimento emocional, 51
 neurose de transferência na, 79-80, 111
 e o neurótico, 81
 e o pediatra, 28
 primeira interpretação na, 109-10
 quatro tipos de material, 109-14
 regressão na, e estudo da infância precoce, 172
 retraimento e regressão na, 151
 e sedução, passada e presente, 79
 e a teoria dos relacionamentos interpessoais, 54
 e tolerância para com idéias e sentimentos, 80
 e tolerância da regressão à dependência, 80
 tratamento da criança asmática na, 181

e tratamento de pacientes neuróticos vs pacientes psicóticos, 78, 79-80
 e tratamento de paciente com úlcera gástrica, 184
 trazendo o passado para o presente, 79
 psicanalista/s (ver *tb* psicanálise)
 admitido no mundo interno da criança, 111-12
 e o conceito da posição depressiva, 94n
 objetividade do, 112
 psicologia
 acadêmica vs dinâmica, 51
 humana vs animal, 57-58
 interessada nos problemas inerentes ao desenvolvimento, 28
 psicose (ver *tb* esquizóide, doença, esquizofrenia)
 descrição da, 34-35
 e desenvolvimento distorcido na infância, 56-57
 e a esperança de vir a sentir-se real, 79
 e estudo da história psicológica precoce, 172
 e incapacidade de viver as dificuldades inerentes à vida, 100
 e reivindicação sobre a realidade, 131
 subjacente aos distúrbios psicossomáticos, 144
 psicossomática, parceria, 29, 119, 143-46
 e ansiedade hipocondríaca, 115, 144
 e capacidade para identificar-se com o não-EU (self), 144
 e ectoplasma, 143
 e exercício físico e liberdade, 144-45

facilmente passando por garantida, 143
 e fantasia, 115
 fundamental, 71
 e histeria, 116, 143
 importância da pele para, 143
 material relativo a, em análise, 114
 não inerente, 144
 perda da, 65, 143, 145
 perda temporária da, em crianças normais, 145
 e superimposição de psique e corpo, 144
 surgindo a partir da experiência pessoal e ambiental, 144, 145
 e técnica de cuidado infantil, 177
 e valor positivo do distúrbio psicossomático, 144, 185
 psicossomático, distúrbio (ver *tb* psicossomática), 181-85
 e alergia, 42, 181
 asma como, 181-83
 como defesa contra fuga para o intelecto, 185
 deve ser estudado através da psicologia, 46, 181
 elemento positivo no, opondo-se à despersonalização, 46n, 144, 185
 sublinhado por ansiedade psicótica, 144
 úlcera gástrica como, 183-85
 psicossomática (ver *tb* psicossomático, distúrbio)
 base da, na fisiologia, 44-45
 e dúvidas sobre o mundo interno, 115-16
 e enfraquecimento da relação entre psique e soma, 45

interessada nas fantasias conscientes e inconscientes, 45, 115
 e medicina somática, 46
 e a necessidade de se estudar o indivíduo fisicamente sadio, 46
 psicoterapia (ver *tb* psicanálise)
 e aceitação do bom e do mau no eu (self), 164
 e adaptação ao paciente, 163-64
 e confiança, 163
 e estudo dos cuidados com o bebê, 164
 e estudo da infância precoce, 140
 e hereditariedade, 37
 e manejo dos momentos de integração, 141
 e manejo do retorno de uma situação regressiva, 163, 164
 e melhora quanto a medos persecutórios, 105
 e mudanças corporais devidas a conflito emocional, 43
 mundo interno da criança revelado na, 90, 103
 pecado imperdoável na, 79
 e provisão do ambiente apropriado, 179
 regressão na, 138-39, 150-51, 163, 179
 e regressão à não-integração, 138-39, 140-41, 179
 retraimento na, e *holding*, 150, 163
 técnica na, relacionada ao desenvolvimento primitivo, 119
 tipos de material na, 109-14
 psique (ver *tb* psiquiatria)
 e acumulação de memórias, 46
 e a alma, 70
 e capacidade de escolha, 47

como elaboração imagintiva das funções somáticas, 37, 45, 46, 70, 144

conflito na, 43, 45

crescimento da, 26

crescimento inicial da, dependente do ambiente, 47

distorção na, devida ao fracasso ambiental, 47

doença na, apesar do círculo sadio, 30

doenças da, classificação, 34-36

efeito da, sobre funcionamento do corpo, 42-43

e o eu (self), 37, 46

a fantasia como histologia da, 45

e individualidade, 46

preocupada com os relacionamentos, 46

e relacionamento com o mundo externo, 46-47

simbolizada pelo consultório do psicanalista, 91

e união fundamental ao corpo, 70-71

vida no interior da, possível graças à posição depressiva, 97-98

psiquiatria

e estudo da infância, 115-16

e hereditariedade, 37

e necessidade de se compreender a criatividade primária, 130

psiquiátrico/s, distúrbio/s

classificação dos, 34-35

simplificação dos, pela profissão médica, 28

puberdade, 75

e reaparecimento de padrões infantis, 80-81

transformação na, 80-81

Q.I.

e ansiedade, 31-32

e desenvolvimento emocional, 31-32

e hereditariedade, 30-31

raiva

por frustração vs por agressividade primária, 99n

por frustração, devida à onipotência, 99n, 106

na gênese da hipocondria, 89

na posição depressiva, 91, 106

realidade

problema da, e ameaça de perda da capacidade de se relacionar, 135

significado do termo, 131

realidade externa

capacidade para relacionamentos excitados na, 121

estabelecimentos de relacionamento com, 119, 176-77

expulsa, na análise de crianças, 112

importância da, na fase edipiana, 77

início da concepção do bebê de uma, 126

início do relacionamento com, e o problema do "real", 134-35

primeiro contato com, dependente da ilusão, 134-35, 176

relacionamento com, e desenvolvimento da psique, 46-47

relacionamento com, do falso eu (self), 128

realidade psíquica

e fantasia, 113

seu lugar para a negação na, 113

regressão

na análise de asmáticos, 182-83

na análise de paciente adulto, 150

à dependência, na fase edipiana, 82

dolorosa, 179

do instinto como defesa na fase edipiana, 82

em pacientes, e estudo da infância precoce, 172

em pacientes psicóticos, 22

qualidade terapêutica da, 163, 179

relação entre, e retraimento, 151, 163

relacionamento entre mãe e bebê, 87

através de ritmos da respiração, ao nascer, 168

concern pelo, devido aos elementos instintivos, 89

e estabelecimento do contato na primeira mamada, 120, 123, 125

excitado e tranqüilo, 120

falha inicial no, e cisão no bebê, 127-28

falha inicial no, e persuasão do bebê para que viva, 127-28

e fracasso do contato inicial, 123-24, 127-30

importância da continuidade do, na posição depressiva, 92, 175-76

importância do, no início, 125

e iniciação à amamentação, 170

instintivo vs dependente, 90

integração dos estados tranqüilo e excitado no, 89

e isolamento essencial, 178

e necessidade de contato corporal após o nascimento, 139, 168, 169

e reparação, 90, 176

tal como entre pessoas totais, 88, 89

relacionamentos interpessoais (ver tb

amor, relacionamento entre mãe e bebê)

ameaça de perda da capacidade para, 135

um assunto privado da criança, 53

capacidade para, e diminuição da dependência ao ambiente, 173-74

estudo dos, derivado de Freud e da psicanálise, 54

etapa dos, e origem da neurose, 52

excitados, estabelecidos com a primeira mamada, 123

excitados, vinculados com os tranqüilos, 131

e fantasia na análise de menino de três anos, 111

e fase genital na menina, 64-65

graus de objetividade no, afetando a perda, 66

e isolamento essencial, 178

tal como entre pessoas totais, na fase genital, 75

triangulares, 57, 174

reparação

capacidade para, no bebê, 90, 91, 92-93, 176

e capacidade no ser humano para suportar a destrutividade, 93-94, 176

gesto espontâneo de amor do bebê como, 91, 94-95

impossibilitada se o círculo benigno é rompido, 93-94

levando à crença no esforço construtivo, 90

uso do internamente bom para, 91

repressão

abrandamento da, através da psicanálise, 111

do amor ou do ódio, como defesa, 82
 e objetos e experiências formando enquistamentos, 100
 e retorno do reprimido, 83

respiração
 da mãe, significativa para recém-nascido, 168
 mudança para a, ao nascer, 166, 168-69
 problema da, ao nascer, e asma, 182-83
 ritmos da, no recém-nascido e no bebê, 168
 sem interesse especial, e deficiência mental, 168

respiratórios, distúrbios
 e problemas respiratórios no nascimento, 183

Rickman, J., 144n

rivalidade
 nas fases fálica e genital, respectivamente, 62
 entre a menina e a mãe, 67

Rosen, J., 172

ruthlessness
 transformada em *concern*, 26, 52, 60, 99, 156

saúde
 e capacidade para repressão reativa, 106-107
 e capacidade para sofrer, 100
 e continuação do crescimento ao longo da vida, 25, 30, 80
 continuidade do ser indicando, 148, 153
 e dificuldades inerentes à vida, 99

ser
 enquanto liberdade de defesas rígidas, 34, 43
 e experiência do *concern*, 100
 e fases temporárias de desesperança, 106
 física, 26-27, 43, 115
 física e emocional do recém-nascido, 133
 e a idéia e valor, 87
 incluindo vida sexual plena aos quatro anos, 76
 e intelecto, 30, 32
 interligação do emocional e do somático, 42-43, 115
 e liberdade dos instintos, 43
 e manejo das primeiras relações triangulares, 67
 e maturidade, 30, 47
 mental, e estar livre da psicose, 172
 mental, e processo criativo no bebê, 124
 e necessidade de uma adaptação perfeita no início, 178-79
 e necessidade de períodos de contemplação, 107
 e reconhecimento dos fatores destrutivos no amor instintivo, 92
 significado positivo da, 21
 somática, 29-30

seio
 criação do, pelo bebê, 121, 123, 124
 descoberta do, pelo bebê, 123, 124
 oferecido ao bebê no momento certo, 120

sentimentos
 surgindo através da fantasia nos estados excitados, 45

centro de gravidade do, migrando para o bebê, 179
 continuidade do, 148-51, 153, 154, 156
 interrupção do, 148-50, 155
 interrupção do, e caos, 157
 interrupção do, dentro dos limites de competência do bebê, 149-50, 165-66
 interrupção do, ao nascer, 165-66, 169-70
 perda do, 156

sexualidade
 do bebê, e Freud, 77
 da criança, dependente do sexo da pessoa amada na fase crítica, 66
 da criança, e Freud, 54
 madura e imatura, na infância, 74-75

sexualidade feminina
 desenvolvimento da, 62-64
 desenvolvimento da teoria da, 64-65
 e fantasia sobre o interior de si mesma e da mãe, 65

sinopses do livro, 17, 52, 187-91

socialização
 fantasia, a matéria-prima da, 78
 e manejo dos instintos, 43, 45

solidão (*ver tb* isolamento)
 comparada ao estado inorgânico, 155
 essencial do ser humano, 135, 154-55
 e inconsciência (*unawareness*) quanto à dependência, 154-55
 no início, 154-55
 na saúde, e o cuidar-de-si, 154

soma (*ver tb* corpo)
 como base da psique, 37

doenças do, 33-34
 e fantasia, 45

sonho/s
 do menino, na fase edipiana, 73
 não lembrado, na fase edipiana, 76-77
 sexuais genitais, na saúde, 77
 uso do, contra frustração instintiva, 75

Spence, J., 133
 Spitz, R.A., 90n

Superego
 ampliação do conceito de, 75
 e pai internalizado, 73-74
 uso do termo por Freud, 74-75

tempo
 continuidade da existência no, 97-98, 140
 continuidade no, fornecida pelo contexto familiar, 57
 interesse pelo, e demora no processo de nascimento, 167
 necessário para atingir a posição depressiva, 89-90
 e organização dos fenômenos do mundo interno, 106
 passagem do, e alívio da tensão, 75

trabalho
 capacidade para o, e posição depressiva, 93-94, 176
 transicional/is, objeto/s e fenômeno/s, 126-27
 como base para a religião e a arte, 127, 178
 criação dos, pelo bebê, 126
 e descanso da discriminação entre fato e fantasia, 127, 178-79
 e espaço intermediário, 178-79



triangular/es, relacionamento/s (*ver tb*
 relacionamento interpessoal)
 amor e ódio no, 72
 e capacidade da criança de usar
 substitutos, 174-75
 como base para a vida da criança,
 174-75
 e importância da sobrevivência da
 família, 174
 manejo do primeiro, e saúde, 67

unidade
 e aritmética *vs* matemática abstrata,
 138
 estágios no desenvolvimento em que
 o bebê se torna, 87, 136-42
 estrutura ambiente-indivíduo como,
 148, 153, 178-79
 o eu (self) como, 26, 98, 119, 137
 ser humano como, 25
 uretral, fase, 58-59, 60
 uso do objeto, 81n, 99n
 útero
 e conjunto de substâncias entre mãe
 e bebê, 177-78

vagina
 e erotismo no bebê, 63-64
 falta de reconhecimento verbal para,
 63
 idéia da criança sobre, 62
 valor
 na criança em desenvolvimento, 87

Winnicott, Clare, 17
 Winnicott, D.W., 29n, 78n, 99n, 103n,
 119n
 como professor, 15, 23
 e dívida para com M. Klein, 91n
 e indicação para o Paddington Gre-
 en, 27n
 e pacientes psicóticos regredidos, 22
 e pediatria e psiquiatria, 21-22
 e psicanálise, 22
 e trabalho com crianças em ambu-
 latório, 22
 e trabalho com crianças anti-sociais,
 22

